

ANTÓNIO JOSÉ JORGE FATIA

UMA MÃO CHEIA DE NADA



***VIVÊNCIAS DA MULHER SUBMETIDA A INTERRUPÇÃO
MÉDICA DE GRAVIDEZ POR MALFORMAÇÕES FETAIS***

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ESTUDOS SOBRE AS
MULHERES

ORIENTAÇÃO: PROFESSORA DOUTORA TERESA JOAQUIM

UNIVERSIDADE ABERTA
LISBOA 2008

Fotografia

Título da Foto:

Uma mão cheia de nada

Autor: Tiago Fatia

ANTÓNIO JOSÉ JORGE FATIA

UMA MÃO CHEIA DE NADA

***VIVÊNCIAS DA MULHER SUBMETIDA A INTERRUPÇÃO
MÉDICA DE GRAVIDEZ POR MALFORMAÇÕES FETAIS***

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ESTUDOS SOBRE AS
MULHERES

ORIENTAÇÃO: PROFESSORA DOUTORA TERESA JOAQUIM

UNIVERSIDADE ABERTA
LISBOA 2008

Dedico este trabalho
A todos aqueles que
cuidam e se sentem tocados
pelo sofrimento do outro, porque isso
torna-os mais humanos e sensíveis.
Têm a oportunidade de crescer em sabedoria.

AGRADECIMENTOS

No decurso desta caminhada solitária gostaríamos de agradecer a todas as pessoas que nos apoiaram na perseguição da mesma.

Às participantes que connosco colaboraram e partilharam voluntariamente na nossa investigação, um momento de tanta fragilidade e sofrimento. Sem elas não tinha sido possível sequer ter começado.

À Professora Doutora Teresa Joaquim, por desde a primeira hora ter acreditado e nos ter orientado com palavras de incentivo e disponibilidade.

À Susana e ao Rui, pela preciosa ajuda incondicional dispensada do primeiro ao último minuto.

Ao José Carmo e João Vasco pelo incentivo e ajuda constantes.

À Paula, Kathy, Denise, Salvador e Ilda pela sua ajuda preciosa.

A todos de que o nome aqui não consta e que sempre acreditaram, ajudaram e nos incentivaram com palavras calorosas e sugestões.

À família, que tanto foi relegada para segundo plano quando a azáfama do trabalho nos impeliu a caminhar.

A todos um agradecimento sincero e caloroso.

Resumo

As constantes mudanças operadas a nível legislativo e científico, possibilitam que as mulheres e famílias tenham a faculdade de interromper a gestação, quando as malformações fetais são diagnosticadas no decurso da gravidez e se enquadrem dentro do quadro legal.

As vivências das mulheres na interrupção médica de gravidez vão servir de base ao estudo qualitativo que realizamos. É um estudo fenomenológico, essencialmente exploratório com um desenho descritivo. Para a compreensão do fenómeno formulamos as seguintes questões de investigação: O que experimentam estas mulheres quando confrontadas com a malformação fetal? Como percebem todo este percurso nomeadamente se sentem dor ou sofrimento? Há sentimentos de perda e luto? E como conseguem enfrentar todo este processo complexo?

A amostra do estudo é constituída por dez mulheres. A amostragem em oito destas é não probabilística accidental e em duas por selecção racional ou intencional, designadas por memórias de interrupção. A população alvo é constituída pelas grávidas que recorreram a dois hospitais da área da Grande Lisboa para efectuar a interrupção de gravidez.

As entrevistas semi-estruturadas ocorreram em dois momentos. O primeiro momento, antes da alta hospitalar, o segundo, com as participantes já no domicílio passado poucos meses após a interrupção médica de gravidez. A análise de conteúdo permitiu-nos categorizar e compreender a vivências destas mulheres no decurso deste período. Através da análise dos dados e das entrevistas das participantes procuramos compreender este fenómeno através das emoções, sentimentos e representações percebidas no decurso deste período. As duas memórias de interrupção ocorreram num único momento e serviram para triangulação dos dados.

Palavras chave: Interrupção médica de gravidez, malformações fetais, dor, sofrimento, perda e luto.

Abstract

The constant scientific and legal changes allow women and families to decide upon a pregnancy interruption when foetus malformations are diagnosed during the pregnancy. This decision must be legally accepted.

Women's experiences in therapeutic abortion will be our focal point in this qualitative research. It is an essentially exploratory and phenomenological study with a descriptive background. For a greater understanding of these issues, the following questions were applied. They are: What do women feel when faced with foetal malformations? How do they live this situation, namely if they feel pain or suffering? Are their feelings of loss and grief? How do they face this complex process?

The study's sample evolves ten women. Eight of the ten individuals were non-random sampling and two were selected intentionally and therefore designated as "interruption memories". The target population are pregnant women who visit two hospitals in Lisbon after deciding to interrupt their pregnancy.

Semi-structured interviews took place in two different moments of time and in two different places. The first, before hospital discharge, and the second, a few months after the pregnancy interruption, in their homes. It was possible to categorize and understand the experiences of these women during this time period by the analyses of the contents of all the interviews. With these results we are trying to understand this situation using emotions, feelings and perceived representations during this time span. The two "interruption memories" occurred in a single moment and served for the triangulation of contents.

Key word: pregnancy interruption, foetal malformations, pain, suffering, loss and grief.

RESUMEN

Las continuas mudanzas de carácter legislativo y científico que se han realizado, permiten a las mujeres y sus familiares la posibilidad de interrumpir el embarazo por existir malformaciones fetales, si éstas son diagnosticadas y si son amparadas por los criterios legalmente establecidos.

La vivencia de la interrupción médica del embarazo realizadas por estas mujeres servirá de base para el estudio cualitativo que se realizó. Este estudio es de índole fenomenológica y exploratoria, y su diseño es descriptivo. La intención de comprender el fenómeno hizo que surgiesen las cuestiones de investigación: Qué es lo que experimentan las mujeres que se ven obligadas a enfrentarse con una malformación fetal?Cuál es la percepción que tienen de la situación si sufren? Cómo es el proceso de pérdida y luto? Cómo consiguen enfrentarse a esa realidad?

La muestra de este estudio se constituye de diez mujeres. La selección fue no probabilística accidental para ocho participantes y de manera racional intencionada para dos, designadas éstas por memorias de interrupción. La población “alvo” está constituida por las embarazadas que se dirigieron a dos instituciones hospitalares del área de Lisboa para realizar la interrupción del embarazo.

Las entrevistas semi-estructuradas que fueron realizadas al primer grupo de señoras, se hicieron en dos momentos diferentes: una primera vez antes del alta hospitalar y una segunda vez en el domicilio unos meses más tarde. El análisis de los contenidos permitió categorizar y comprender las vivencias de estas mujeres en relación con esta situación. Mediante el análisis tanto de los datos como de las entrevistas, se pretendió comprender las emociones, sentimientos y representaciones de estas señoras. Las dos memorias de interrupción se desarrollaron en un único momento y sirvió para triangular los datos.

Palabras llave: Interrupción médica del embarazo, malformaciones fetales, dolor, sufrimiento, pérdida y luto.

Índice

| | | |
|-------------------|---|----|
| 1. | Introdução | 1 |
| Capítulo I | | 6 |
| 2. | Enquadramento Teórico | 6 |
| 2.1. | Trilhar da dor e do sofrimento | 7 |
| 2.2. | Malformações fetais | 9 |
| 2.3. | O Diagnóstico Pré-Natal | 14 |
| 2.4. | Fecundidade | 19 |
| 2.5. | Gravidez | 25 |
| 2.6. | O anúncio da malformação | 28 |
| 2.6.1. | Como se processa o atendimento | 29 |
| 2.7. | A dor e o sofrimento | 31 |
| 2.8. | A dor | 35 |
| 2.9. | O Sofrimento | 39 |
| 2.10. | A perda e o luto | 52 |
| 2.11. | A interrupção médica de gravidez | 56 |
| Capítulo II | | 59 |
| 3. | Estudo Empírico | 59 |
| 3.1. | Problemática e questões de investigação | 60 |
| 3.2. | Tipo de estudo e tema | 63 |
| 3.3. | Justificação do estudo | 67 |
| 3.4. | População | 68 |
| 3.5. | Amostra | 69 |
| 3.6. | Instrumento de colheita de dados | 72 |
| 3.6.1. | A entrevista | 72 |
| 3.6.1.1. | Primeiro momento da entrevista | 73 |

| | | |
|--------------------|--|-----|
| 3.6.1.2. | Segundo momento da entrevista..... | 75 |
| 3.6.1.3. | Memórias de Interrupção Médica de Gravidez | 76 |
| 3.7. | Limitações do estudo..... | 77 |
| 3.8. | Recolha de dados..... | 78 |
| 3.9. | Onde decorreu o estudo..... | 82 |
| 3.9.1. | Hospital A | 82 |
| 3.9.2. | Hospital B | 85 |
| 3.10. | Procedimentos de análise dos dados..... | 87 |
| CAPÍTULO III | | 91 |
| 4. | Apresentação, análise dos dados e discussão dos resultados | 91 |
| 4.1. | Histórias da gravidez | 92 |
| 4.1.1. | E1 | 92 |
| 4.1.2. | E2..... | 93 |
| 4.1.3. | E3..... | 94 |
| 4.1.4. | E4..... | 95 |
| 4.1.5. | E5..... | 97 |
| 4.1.6. | E6..... | 98 |
| 4.1.7. | E7 | 100 |
| 4.1.8. | E8..... | 101 |
| 4.1.9. | M1 | 102 |
| 4.1.10. | M2 | 103 |
| 4.2. | Caracterização da amostra | 105 |
| 4.2.1. | Escolaridade..... | 105 |
| 4.2.2. | Actividade Profissional | 105 |
| 4.2.3. | Idade gestacional | 106 |
| 4.2.4. | Índice obstétrico | 106 |
| 4.2.5. | Local de vigilância da gravidez..... | 106 |

| | | |
|------------|--|-----|
| 4.2.6. | Idade | 107 |
| 4.2.7. | Motivo da interrupção da gravidez..... | 108 |
| 4.3. | Avaliação da escala da dor referida pelas participantes durante a interrupção médica de gravidez | 109 |
| 4.4. | Análise categorial | 113 |
| 4.4.1. | Do primeiro momento da entrevista..... | 113 |
| 4.4.1.1. | O prazer no início da gravidez..... | 114 |
| 4.4.1.1.1. | Emoções reveladas por ter engravidado | 115 |
| 4.4.1.2. | Apreensão em revelar a gravidez..... | 117 |
| 4.4.1.2.1. | Incerteza quanto à viabilidade da gravidez | 117 |
| 4.4.1.3. | Suspeita da malformação fetal | 118 |
| 4.4.1.3.1. | Primeiro confronto com a suspeita da malformação fetal..... | 118 |
| 4.4.1.4. | Ansiedade pela ausência de informação sobre os resultados..... | 121 |
| 4.4.1.4.1. | Espera pelos resultados definitivos cria apreensão à mulher..... | 121 |
| 4.4.1.5. | Surpresa pela notícia da malformação | 123 |
| 4.4.1.5.1. | Modo como foi dada a notícia da malformação | 124 |
| | Surpresa pela notícia da malformação fetal (Continuação)..... | 126 |
| 4.4.1.5.2. | Notícia da malformação fetal como fonte de assombro..... | 127 |
| | Surpresa pela notícia da malformação fetal (Continuação)..... | 129 |
| 4.4.1.5.3. | Emoções expressas pela notícia da malformação | 130 |
| 4.4.1.6. | Desespero pela tomada de decisão | 133 |
| 4.4.1.6.1. | Vivências com a tomada de decisão | 134 |
| 4.4.1.7. | Momento da interrupção e suas implicações | 137 |
| 4.4.1.7.1. | O que expressam acerca do momento da interrupção..... | 138 |
| 4.4.1.8. | Desagrado de como decorre a interrupção | 140 |
| 4.4.1.8.1. | Alívio da dor inadequado..... | 142 |
| 4.4.1.8.2. | Condições arquitectónicas inadequadas | 143 |
| 4.4.2. | Do segundo momento da entrevista..... | 144 |

| | | |
|--|---|-----|
| 4.4.2.1. | Relatos sobre o regresso a casa | 144 |
| 4.4.2.1.1. | Forma como enfrentaram a chegada a casa | 145 |
| 4.4.2.2. | Reacção de quando a situação é abordada | 147 |
| 4.4.2.2.1. | Como reage ao falar da sua situação | 149 |
| 4.4.2.3. | Rede de apoio durante a interrupção e após a alta..... | 152 |
| 4.4.2.3.1. | Que apoios teve durante a evolução de todo o processo..... | 154 |
| 4.4.2.4. | Vivências acerca do pior momento de todo o processo | 156 |
| 4.4.2.4.1. | Onde lhes foi mais difícil em todo o processo | 157 |
| 4.4.2.5. | Passado e presente, que dilemas e que representações..... | 159 |
| 4.4.2.5.1. | Momentos que não se esquecem..... | 162 |
| 4.4.2.6. | Regresso à vida profissional | 165 |
| 4.4.2.6.1. | Como decorreu o regresso à vida profissional | 166 |
| 4.4.2.7. | Resultado do exame ao feto e suas implicações | 167 |
| 4.4.2.7.1. | Exame anatomo-patológico como encerrar de um processo | 167 |
| 4.4.2.8. | Expectativas em relação ao futuro | 168 |
| 4.4.2.8.1. | Fim de um ciclo início de um novo | 169 |
| 4.5. | Triangulação dos dados | 170 |
| 5. | Considerações finais | 178 |
| 6. | Bibliografia..... | 184 |
| Anexos | | 193 |
| Anexo – A Consentimento Informado..... | | 194 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 - Exemplos de malformações fetais..... | 10 |
| Tabela 2 - Resumo do rastreio bioquímico e ecográfico para trissomias 18, 21 e defeitos do tubo neural | 17 |
| Tabela 3 - Idade Materna como factor de risco para incidência de cromossomopatias | 22 |
| Tabela 4 - Agentes teratogénicos..... | 27 |
| Tabela 5 - Candidatos e membros das famílias básicas de emoções..... | 41 |
| Tabela 6 - População do estudo e locais onde decorreu a interrupção médica de gravidez..... | 71 |
| Tabela 7 - Caracterização da amostra e Questões do Primeiro Momento | 74 |
| Tabela 8 - Questões do Segundo Momento da entrevista | 76 |
| Tabela 9 - Participantes no primeiro e segundo momentos da entrevista e memórias de interrupção médica de gravidez..... | 79 |
| Tabela 10 - Total de Partos, amniocenteses, consultas de DPN e ecografias do Hospital A..... | 82 |
| Tabela 11 - Representação gráfica do raciocínio indutivo segundo Vala (1986) na análise de conteúdo | 89 |
| Tabela 12 - Escolaridade das participantes e actividade profissional | 106 |
| Tabela 13 - Idade Gestacional das participantes, Índice Obstétrico e local de vigilância da gravidez | 107 |
| Tabela 14 - Idades das participantes e malformações diagnosticadas | 108 |
| Tabela 15 - Número de dias de internamento durante a interrupção médica de gravidez..... | 110 |
| Tabela 16 - Analgésicos e antieméticos administrados às participantes, e a técnica de epidural efectuada..... | 111 |
| Tabela 17 - Categorias do primeiro momento da entrevista..... | 113 |
| Tabela 18 - O prazer no início da gravidez | 114 |
| Tabela 19 - Apreensão de revelar a gravidez..... | 117 |
| Tabela 20 - Suspeita da malformação fetal | 118 |
| Tabela 21 - Ansiedade pela ausência de informação sobre os resultados | 121 |
| Tabela 22 - Surpresa pela notícia da malformação fetal | 123 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 23 - Surpresa pela notícia da malformação fetal (Continuação)..... | 126 |
| Tabela 24 - Surpresa pela notícia da malformação fetal (Continuação)..... | 129 |
| Tabela 25 - Desespero pela tomada de decisão | 133 |
| Tabela 26 - Momento da interrupção e suas implicações | 137 |
| Tabela 27 - Desagrado de como decorre a interrupção | 140 |
| Tabela 28 - Categorias do segundo momento da entrevista..... | 144 |
| Tabela 29 - Relatos sobre o regresso a casa..... | 144 |
| Tabela 30 - Reacção de quando a situação é abordada..... | 147 |
| Tabela 31 - Rede de apoio durante a interrupção e após a alta..... | 152 |
| Tabela 32 - Vivências acerca do pior momento de todo o processo | 156 |
| Tabela 33 - Espaço de tempo decorrido após a interrupção da gravidez e qual o período que mais lhes custou..... | 158 |
| Tabela 34 - Passado e presente, que dilemas e que representações..... | 159 |
| Tabela 35 - Regresso à vida profissional | 165 |
| Tabela 36 - Resultado do exame ao feto e suas implicações | 167 |
| Tabela 37 - Expectativas em relação ao futuro | 168 |
| Tabela 38 - Memória 1, frases significativas | 170 |
| Tabela 39 - Memória 2, frases significativas | 172 |
| Tabela 40 - Espaço de tempo decorrido após a interrupção da gravidez e qual o período que mais lhes custou..... | 173 |

Índice de Gráficos

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 - Variação do índice Sintético de Fecundidade em Portugal entre 1971 e 2006 | 20 |
| Gráfico 2 - Número de nados vivos nas idades maternas entre 35-39 anos, 40-45 anos, 45-50 anos e ≥ 50 anos nos anos de 2000 a 2005 em Portugal | 23 |
| Gráfico 3 - Drogas administradas de acordo com informação das participantes em relação à escala numérica da dor | 112 |

1. INTRODUÇÃO

A interrupção médica de gravidez tem sido desde o final do século passado e início deste, um tema de debate acérrimo da sociedade portuguesa. A despenalização da interrupção médica de gravidez e a readaptação legal subsequente, durante duas décadas permitiu, possibilitou à mulher a faculdade de modo a evitar um sofrimento maior como o de poder vir a ter um filho com deficiências profundas até às 24 semanas de gestação ou durante toda a gravidez, quando estas sejam incompatíveis com a vida.

Os avanços operados na medicina, na genética e o mecanismo legal atrás referido, levaram a mulher a ter que decidir, quando confrontada com uma malformação fetal, perante a possibilidade de interromper a gravidez. Cerca de 6000 síndromes raras estão diagnosticados. Uns implicam malformações profundas incompatíveis com a vida e outras limitativas de uma vida digna de ser vivida. Em alguns casos ocorre a manifestação tardia da doença e consequente perda de qualidade de vida, podendo até levar a uma morte precoce.

Não existe uma lista de deficiências onde constem as que permitam a interrupção médica de gravidez, nem uma regulamentação especial. Há uma certa maleabilidade nesta tomada de decisão, de um lado a reacção dos pais, em que entra a sua força moral e afectiva perante a situação; do outro a informação detalhada e inteligível que é transmitida aos pais pela equipa médica, tendo em vista a tomada de decisão.

As alterações a nível estrutural diagnosticadas ecograficamente no feto - as de origem hereditária ou as cromossómicas - não têm todas indicação para que seja efectuada uma interrupção de gravidez. Mesmo no caso de haver indicação para a interrupção, cabe sempre à mulher decidir se quer ou não fazer os exames auxiliares de diagnóstico, para se averiguar acerca da existência da malformação fetal e da subsequente decisão da interrupção médica de gravidez.

Para Le Breton (2003) várias considerações éticas, socioculturais e genéticas são colocadas na triagem de fetos e embriões. Há como que um exame de aptidão para a vida e estes são o centro de inúmeros procedimentos de controlo, com julgamentos em torno de traços genéticos, anatómicos ou funcionais a poderem dominar a decisão.

A elaboração desta investigação no âmbito do Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, teve em conta nomeadamente a assumpção do papel da mulher na sua tomada de decisão autónoma, livre e esclarecida sobre a questão da interrupção de gravidez, já que cabe à mulher decidir e consentir intervenções no seu corpo. Esta é uma questão de género porque a responsabilidade pela reprodução é tradicionalmente atribuída às mulheres.

Para Milliez (2002) mesmo as mulheres mais bem informadas e preparadas, quando confrontadas com uma situação de malformação fetal ou anomalia, esta irrompe para elas como uma tempestade num dia de céu aberto. O filho desejado, fantasiado e aceite vai ser abruptamente atingido por uma descoberta atroz. Esta situação vai provocar alterações psicológicas às quais a equipa de saúde não pode ficar alheia.

Apesar da maioria das mulheres entrevistadas ter tido o apoio dos seus companheiros, família e amigos e de a sua decisão ter sido partilhada pelo casal, foi a mulher quem suportou e sentiu o maior peso do mesmo durante todo este processo. A dor e o sofrimento são experiências vividas pela mulher, é ela que sofre todo o processo da interrupção da gravidez. A ferida resultante desta decisão, a perda e o luto por si vividos vão acompanhar e marcar todo o seu percurso futuro.

A introdução da avaliação sistematizada da dor é uma realidade para os profissionais de saúde nos últimos anos. A resposta do enfermeira/o é imediata, através de acções farmacológicas e não farmacológicas e da sua interacção resulta o alívio da dor e do sofrimento. Várias dimensões do cuidar, capacidades e perspicácia são equacionadas para o alívio da dor e do sofrimento, estas são essenciais para este desenvolvimento (Coop, 2006).

Todo este percurso é penoso tanto para a mulher, família, amigos como para os técnicos de saúde que os acompanham.

O nosso estudo abarcará o período que decorre desde o momento em que é diagnosticada a malformação fetal até ao período pós-interrupção médica de gravidez, quando a participante já se encontra no domicílio. O primeiro momento de colheita de dados ocorre com a utente no hospital antes de sair com alta e o segundo momento com a participante passado algum tempo no domicílio. Será deste modo um estudo descritivo-longitudinal já que, foca mais de um grupo de participantes ao longo do estudo. Os dados não são recolhidos num único período de tempo (Ribeiro, 2007).

O estudo decorreu entre Julho de 2006 e Março de 2007. A população em estudo é constituída por dez mulheres, que foram submetidas a interrupção médica de gravidez. Oito dos indivíduos acederam a dois Hospitais da Grande Lisboa, designados por HA e HB, para serem submetidas a interrupção médica da gravidez, tendo a sua inclusão no estudo sido de forma accidental. Os dados foram colhidos através de entrevistas semi-estruturadas em dois momentos, e espera-se que o entrevistado responda livremente às questões (Flick, 2005). O primeiro momento antes sua saída com alta hospitalar, e o segundo momento quando já se encontravam no seu domicílio, passados dois ou mais meses. Dois indivíduos do primeiro momento não participaram no segundo momento. Fazem também parte do estudo dois indivíduos, designados por memórias de interrupção médica da gravidez. A sua inserção é intencional e o seu relato ocorre à distância de dois e quatro anos da interrupção médica de gravidez. Os seus relatos irão servir para fazer a triangulação de dados com os outros dois momentos anteriores. Para Flick (2005), triangular pode ser um processo para melhor enraizar o conhecimento adquirido, mais para completar e ampliar possibilidades de novos conhecimentos do que testar resultados.

As vivências das mulheres durante o processo de interrupção da gravidez por malformações fetais servirão de base à nossa pesquisa.

A investigação que nos propomos fazer é de natureza qualitativa, com uma abordagem fenomenológica que permite compreender as suas vivências e a descrição individual das suas emoções e sentimentos relacionados com a interrupção médica de gravidez por malformações fetais. A investigação qualitativa permite que se desenvolva uma ideia aprofundada no modo como as pessoas “pensam, interpretam, experimentam os acontecimentos em

estudo” (Ribeiro, 2007, p. 66). O investigador está próximo e interage com o indivíduo ou grupo. A investigação qualitativa como refere Flick (2005) está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades do tempo e do espaço, a partir das manifestações e actividades das pessoas nos seus contextos. Numa abordagem fenomenológica, de acordo o mesmo autor, estudam-se as “experiências vivenciadas através da compreensão da estrutura, da essência e contexto da experiência subjectiva do indivíduo. ... O ponto final deste método é o estudo de como os indivíduos percebem e dão sentido a uma vivência e identificar a essência dessa experiência” (Idem, p. 70).

Por ser uma temática pouco abordada será um estudo exploratório e descritivo, que como nos refere Fortin (1999), porque nele se descobre e clarifica conceitos dado que existe poucos materiais bibliográficos neste domínio.

As emoções e sentimentos experimentados pela mulher durante este percurso que serão descritos e analisados ao longo do nosso trabalho. Segundo Goleman (1996), as emoções e intuições guiam e acompanham as respostas do indivíduo em situações de perigo eminente.

Para a pesquisa desta temática surgiram-nos várias interrogações que se prendem com esta investigação:

- O que experimentam estas mulheres quando confrontadas com a malformação fetal?
- Como percebem este processo nomeadamente se sentem dor ou sofrimento?
- Há sentimentos de perda e luto?
- Como conseguem enfrentar todo este processo complexo?

Como na enfermagem é um fenómeno pouco estudado, mesmo se é uma problemática que cada vez mais faz parte do nosso dia-a-dia, carecendo de acompanhamento e encaminhamento adequados, por isso nos propusemos compreender, descrever e interpretar esta experiência relatada pelas participantes.

O estudo pretende compreender e ter uma visão mais abrangente, não se limitando à interrupção médica em meio hospitalar mas também o seu desenvolvimento no período após a alta para o domicílio.

O estudo está organizado em três capítulos:

CAPÍTULO I - apresenta o enquadramento teórico onde serão abordados aspectos relacionados com o trilhar da dor e do sofrimento, as malformações fetais, o diagnóstico pré-natal, a fecundidade, a gravidez e o anúncio da malformação fetal. Serão também referidas perspectivas sobre a dor, o sofrimento e o luto assim como o modo como se processa a interrupção médica de gravidez e modo como esta é comunicada.

CAPÍTULO II - faremos a descrição do estudo empírico onde serão apresentados a problemática e a questão de investigação, o tipo de estudo e tema da investigação. Serão ainda descritas a população, a amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos de análise dos dados serão delineados e explanados.

CAPÍTULO III - faremos a apresentação e análise dos resultados, que compreendem as histórias de gravidez, a caracterização das participantes, e a dor referida por elas durante a interrupção de gravidez. E ainda a análise categorial e a triangulação de dados.

Terminamos com as considerações finais do estudo.

Com o nosso trabalho procuramos a compreensão das vivências das mulheres que sofrem este tipo de interrupção, de modo a possibilitar uma melhoria no atendimento e encaminhamento da mulher. Pretendemos contribuir com conhecimentos mais aprofundados nesta área bem como com os subsídios adquiridos melhorar a qualidade dos cuidados prestados às mulheres/família que são submetidas a interrupção médica de gravidez.

CAPITULO I

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Sumário

1. O trilhar da dor e do sofrimento
2. Malformações fetais
3. O Diagnóstico pré-natal
4. Fecundidade
5. Gravidez
6. O anúncio da malformação
7. A dor e o sofrimento
8. A dor
9. O sofrimento
10. A perda e o luto
11. Como se processa a interrupção
médica de gravidez

2.1. TRILHAR DA DOR E DO SOFRIMENTO

Quando uma gravidez é planeada, desejada ou aceita, um turbilhão de fantasias, sonhos, anseios, medos assolam a mulher.

O período menstrual que não ocorreu, o teste de gravidez positivo e as adaptações à gravidez que estão a desenrolar-se.

É necessário iniciar o processo de vigilância da gravidez.

Na primeira consulta são avaliados e diagnosticados problemas relacionados com os antecedentes da mulher/família e pedidos exames auxiliares de diagnóstico; nomeadamente mulheres que tenham história familiar de malformações fetais e de crianças com doenças genéticas, mais de 35 anos de idade, com profissões em que estejam expostas a agentes químicos ou potencialmente teratogénicos, serão então encaminhadas para um Centro de Diagnóstico Pré-Natal. Ainda quando o resultado de um exame ecográfico de rotina não é tranquilizador a mulher é encaminhada de igual modo para um Centro de Diagnóstico Pré-Natal.

Aquilo que foi planeado começa agora a sério, como nos refere Brazelton (1989) “todas as mulheres grávidas admitem a possibilidade de ter um filho defeituoso. Não só sonham com todas as aberrações possíveis como, ao acordar, ensaiam o que fariam se o filho nascesse aleijado” (p. 33).

O medo apodera-se da mulher, quer se trate de uma realidade concreta ou imaginária, tornando a mulher vulnerável e uma presa fácil do sofrimento de acordo com F.N. Dias (2007). A mulher grávida vive num turbilhão de informações que lhe provocam ambivalência e, ao mesmo tempo, tornam-na receptiva ao apoio e ajuda de pessoas experientes.

Durante o primeiro trimestre de gravidez, e até cerca das dezoito a vinte semanas de gestação, a mulher vive nesta ambivalência, num esforço para aceitar este novo estado. É neste período que ela sentirá os primeiros movimentos do seu bebé. Até este momento mãe e filho eram só um, a partir de agora “existe um outro ser, a possibilidade de uma relação” (Brazelton, 1989, p. 35).

Mas, ao mesmo tempo, o início dos movimentos fetais é uma nova realidade que poderá contribuir para o aumento das dúvidas da mãe.

Todas as fantasias, anseios, medos e ambivalência são no fundo mecanismos que reajustam e reorganizam a mulher grávida para fazer face a estes alarmes, de modo a encarar o seu novo papel, e deverão ser encarados e aceites como saudáveis e transitórios.

Também as experiências diagnosticas, através do exame ecográfico e da amniocentese, contribuem para a ambivalência e para os medos que a mãe continua a experimentar, provocando “um efeito complexo nesta tarefa de adaptação ao bebé e ao novo papel.... Ela ainda não está preparada para encarar o bebé como uma realidade” (Brazelton, 1989, p. 37).

Se o exame ecográfico tem alterações e é necessário fazer uma colheita de líquido amniótico, as interrogações avolumam-se:

- Será que o meu bebé tem algum problema?

Poderá começar aqui uma longa caminhada até ao anúncio de diagnóstico ou não de malformação fetal.

2.2. MALFORMAÇÕES FETAIS

As descobertas recentes do código genético humano e todos os demais avanços científicos, operados durante a segunda metade do século passado, levaram a um conhecimento de determinadas malformações fetais que até há pouco tempo só se descobriam após o nascimento.

Ao longo dos tempos, segundo Zagalo-Cardoso (2001), as representações sociais das doenças hereditárias convergiam para a ideia de *punição ou castigo*, quer fossem considerados justos ou injustos, e abatiam-se sobre as famílias correlacionadas com *bom ou mau sangue*. A sua presença nesses indivíduos considerados *defeituosos*, eram considerados indesejáveis e propagadores de doenças.

Com modernas técnicas de diagnóstico consegue-se através de abordagens invasivas e não invasivas, determinar se há malformações no embrião e no feto, e até prognosticar a probabilidade de elas acontecerem.

Para Le Breton (2003) a identificação de uma alteração genética ou outra malformação identificada pelo exame ecográfico, e que na actualidade não tem cura ou tratamento, irá provocar a decisão de uma eventual interrupção médica de gravidez.

Segundo Pinto (2002) ao descobrir o mapa do genoma humano, o ser humano iniciou um processo que possibilita diagnosticar qualquer uma das 6.000 doenças através da biologia molecular, que vai no futuro permitir o aconselhamento genético e o diagnóstico preciso das mutações genéticas mais frequentes.

Também nos refere, que com estes avanços operados, o aconselhamento genético para as famílias que tenham algum factor de risco genético visa “defender o bem-estar de indivíduos ou de famílias, ...tentando esclarecer dúvidas e diminuindo ou evitando sofrimentos e preocupações” (Pinto, 2002, p. 141). O mesmo autor refere que a resolução de problemas genéticos pode ser entendida como um acto ou como um princípio eugénico, mas o

aconselhamento genético visa essencialmente a defesa dos interesses do indivíduo e família e não os da sociedade.

Apresentamos no quadro seguinte algumas das várias malformações fetais conhecidas. O seu número é tão extenso que faremos uma breve apresentação passando por algumas alterações cromossómicas, músculo-esqueléticas, hereditárias, cardíacas e do sistema nervoso central. A sua detecção passa pelo exame citogenético ou molecular do líquido amniótico e/ou sangue fetal, do exame ecográfico, da ressonância magnética nuclear e do ecocardiograma fetal.

Tabela 1 - Exemplos de malformações fetais

| | |
|--|---|
| Alterações cromossómicas | Síndrome de Lejeune – deleção do braço curto do cromossoma 5 Síndrome de Patau – Trissomia 13 Síndrome de Edwards – trissomia 18 Síndrome de Down – trissomia 21 |
| Músculo esqueléticas | Displasia Músculo Esquelética Acondroplasia Distrofia Muscular congénita |
| Hereditárias | Doença de Huntington Ataxia de Fredereich X Frágil Paramiloidose |
| Cardíacas e do sistema nervoso central | Cardiopatia grave Agenesia do corpo caloso Anencefalia |
| Fonte: Alcaide, 2006 | |

De entre as malformações existentes a mais comum é a Trissomia 21, que vai dar origem à desordem genética conhecida por síndrome de Down.

De acordo com Pinto (2002), por doença genética entenda-se qualquer alteração do património genético, que abrange as alterações presentes no indivíduo e que possam ser transmitidas a gerações futuras, assim como o aumento ou diminuição da quantidade de DNA, seja através de cromossomas inteiros ou a fracções dos mesmos, de deleções, duplicações ou ainda de translocações não equilibradas.

Zagalo-Cardoso (2001) refere que, os estereótipos resultantes de doenças genéticas têm sido alvos de uma discriminação social constante, daí

que seja indispensável o aconselhamento genético de modo a evitar o sofrimento dos pacientes, dos portadores, das pessoas em risco e das famílias.

Em 1866, foi pela primeira vez descrito um paciente com *mongolismo* - síndrome de Down. Deve-se esta descrição a John Langdou Down. Segundo Silva e Dessen (2002), o termo mongolismo foi retirado do vocabulário, em 1964, pela Organização Mundial de Saúde por ter conotações racistas. Mas só em 1959 foi descoberta e caracterizada, por Jerome Lejeune, a causa da anomalia, associada ao cromossoma 21, passando a designar-se por trissomia 21 ou síndrome de Down.

A sua aplicação à prática clínica, só se verificou a partir da década de 1970, quando se começou a efectuar a colheita e análise ao líquido amniótico para fins diagnósticos a grávidas.

Entenda-se por síndrome um grupo de características, que ocorrem em simultâneo numa situação particular.

Para Rodini e Souza (s.d.), a etiologia da síndrome de Down pode repartir-se de três formas diferentes:

- trissomia livre de todas as células do indivíduo, o mecanismo genético é devido à não disjunção resultante do óvulo ou do espermatozóide durante a gamatogénese num dos progenitores e consequente dissomia (dois cromossomas) de um dos cromossomas 21. A não disjunção é mais frequente na progenitora principalmente a partir dos 35 anos de idade. Logo, o cariotipo é constituído por 47 cromossomas devido à trissomia do cromossoma 21. É o mais frequente e acontece em cerca de 92% dos casos de síndrome de Down.
- translocação cromossómica, acontece em 3 a 4% dos casos quando o cromossoma 21 está ligado a outro. Frequentemente está ligado ao cromossoma 14, o que origina esta translocação que é representada por t(14;21) ou t(14q21q). O **q** representa o braço longo do cromossoma envolvido. O cariotipo neste caso é de 46 cromossomas com a translocação t(14;21). Não tem relação com a idade materna. Um dos progenitores pode ser portador de uma

translocação equilibrada, apresenta 45 cromossomas individualizados, mas com material referente a 46 cromossomas, por estar ligado a outro. Quando é a mãe, o risco ocorre em 12% dos casos; se for o pai, o risco é de 3%.

- trissomia livre em parte das células (mosaicismo). O mosaicismo do cromossoma 21 é representado por 2 tipos de células, um com 46 cromossomas e o outro com 47, devido á trissomia 21. Há uma não disjunção na meiose do embrião, resultando uma célula normal e outra com trissomia. O resultado final será de uma proporção entre células normais e trissómicas. Quanto menor o número de células trissómicas menor será a afecção. Tal como na translocação, o mosaicismo não tem relação com a idade materna.

Mas a identificação de problemas genéticos poderá, também, ser efectuada através da anamnese, quando a grávida é atendida numa consulta pré-concepcional ou quando da primeira consulta de vigilância pré-natal, através do relato de antecedentes familiares e pessoais.

As alterações de origem genética estão, geralmente associadas de acordo com Pinto (2002):

- à existência de um ou mais casos na família;
- um filho anterior com anomalia congénita ou atraso mental;
- familiares com doença genética;
- um dos conjugues ser portador de doença genética;
- familiares com doenças que não se sabe se são transmissíveis geneticamente;
- consanguinidade do casal;
- esterilidade sem causa aparente;
- história de abortos de repetição ou de nado mortos;
- casal em que o conjugue do género masculino tenha mais de 55 anos e o do feminino mais de 35 anos;
- em que um dos membros do casal trabalhe ou esteja exposto a radiações ou a produtos químicos (incluindo drogas ou medicamentos para tratamento de doenças crónicas);

- quando a mulher tenha tido uma infecção aguda causada por Rubéola, Toxoplasmose, Citomegalovirus ou Parvovirose;
- quando o rastreio bioquímico seja sugestivo de alteração cromossômica ou malformação do tubo neural;
- ou quando o casal sofre de ansiedade exagerada, com fobia de gerar crianças malformadas, com atraso mental ou cromossomopatias.

Quando ocorre uma destas situações, a mulher/casal são enviados para um Centro de Diagnóstico Pré-Natal, para serem observados e encaminhados no processo de vigilância da gravidez.

2.3. O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

Diagnóstico Pré-Natal é definido, de acordo com o publicado no Despacho nº 5411/97 (2ª série), de 6 de Agosto, como “um conjunto de procedimentos que são realizados para determinar se um embrião ou feto é portador de uma anomalia congénita.”

A primeira unidade de genética do nosso país surgiu em 1974 no serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa, com a finalidade de dar apoio clínico e laboratorial às doenças genéticas e a estudos cromossómicos, de acordo com o Hospital de Santa Maria (2007). Vários serviços a nível nacional apareceram a partir de então, a maior parte deles ligados aos hospitais.

O envio da grávida para a Consulta de Diagnóstico Pré-Natal ocorre quando na sua história familiar há antecedentes de malformações fetais ou devido à sua idade – mais de 35 anos – a fim de lhe ser efectuado o Diagnóstico Pré-Natal. Como a vigilância da gravidez começa no início da gestação, geralmente entre as 6 e as 10 semanas, é neste momento que são detectados os casos que carecem de encaminhamento nos centros de diagnóstico pré natal.

Começa aqui no Diagnóstico Pré-Natal, por vezes, uma caminhada difícil para mulher e família, ao ser confrontada pela primeira vez com a provável malformação do seu filho e, mais tarde mesmo com a confirmação da malformação ter de tomar uma decisão – continuar ou não com a gravidez?

A legislação que regulamentou o diagnóstico pré-natal foi publicada no Despacho nº 5411/97, para colmatar um conjunto de modificações operadas na vigilância da saúde materna e infantil em Portugal, de modo a reestruturar a prestação de cuidados no sector do diagnóstico pré-natal, que levaram à diminuição da mortalidade infantil, já que as anomalias e as doenças genéticas careciam de um enquadramento legal.

A criação dos Centros de Diagnóstico Pré-Natal a nível nacional, implicou a optimização dos recursos existentes de modo a permitir a plena satisfação

das necessidades, com a criação de uma rede de cuidados de saúde, desde os cuidados de saúde primários, passando por centros de diagnóstico pré-natal até aos centros de diagnóstico e terapêutica pré-natal.

De acordo com o Despacho nº 5411/97, são consideradas grávidas de risco e com indicação para serem enviadas para diagnóstico pré-natal quando uma das seguintes situações se verifique:

- Idade superior a 35 anos;
- Filho anterior portador de cromossomopatia;
- Progenitor portador de cromossomopatia equilibrada;
- Suspeita ecográfica de anomalia congénita;
- Alteração dos valores dos marcadores serológicos maternos;
- Risco elevado de recorrência de doença genética não cromossómica;
- Risco elevado de efeito teratogénico (infeccioso, medicamentoso ou outro).

O rastreio Pré-Natal de doenças genéticas teve um grande incremento devido à interacção entre as avaliações ecográficas do feto e os métodos laboratoriais. As técnicas utilizadas para o rastreio pré-natal podem ser resumidas em sete grandes grupos, como diz Pinto (2002):

- Exame ecográfico obstétrico;
- Estudos através do sangue materno;
- Rastreio bioquímico e biofísico (translucência da nuca);
- Colheita de vilosidades coriônicas;
- Colheita de líquido amniótico;
- Colheita através de cordocentese;
- Diagnóstico pré-implantatório.

Os testes de rastreio pré-natal consistem num conjunto de análises e dados ecográficos que permitem calcular o risco de um feto estar afectado por uma determinada anomalia.

O resultado do rastreio possibilita na população que a ele se submete criar dois grupos com: *rastreio negativo* (grupo de baixo risco com

probabilidade de malformação) e *rastreio positivo* (grupo de alto risco com probabilidade da malformação). As malformações que se rastreiam são: o síndrome de Down (trissomia 21), síndrome de Edwards (trissomia 18) e defeitos do tubo neural (espinha bífida e anencefalias).

Os riscos de trissomia 21 e trissomia 18 são calculados com base na idade materna (quanto mais elevada, maior será o risco) e nos valores dos marcadores sanguíneos efectuados, segundo Baluja-Conde et al (2005). Verificou-se que determinadas proteínas/hormonas no sangue materno de fetos sem trissomias é, ligeiramente diferente das dos fetos com trissomia 21 e 18.

Os marcadores mais utilizados para rastrear as trissomia 18 e 21 são: proteína plasmática associada à gravidez (PAPP-A), gonadotrofina coriónica humana – fracção beta (β hCG), alfa-fetoproteína (AFP), estriol não conjugado (uE3) e inibina-A, como refere Baluja-Conde et al (2005)

Nas gestações com trissomia 21 os valores dos marcadores PAPP-A, AFP e uE3 tendem a ser baixos, enquanto os da inibina-A e β hCG estão habitualmente elevados, como nos diz Baluja-Conde et al (2005).

Na trissomia 18 o risco pode ser calculado pelos níveis diminuídos de todos os marcadores.

Segundo Nicolaides e DeFigueiredo (2004), além dos factores atrás referidos, idade materna e marcadores bioquímicos, poderá ser também usada a medida da translucência da nuca (TN), que se situa na parte posterior do pescoço do feto (espessura de um espaço com liquido), que nos fetos com síndrome de Down e outras malformações está aumentada ($> 2,5$ mm). Recentemente verificou-se que os ossos do nariz (ON) do feto com trissomia 21 são normalmente mais pequenos, sendo também usado para o cálculo do risco de malformação fetal.

Os níveis de AFP estão habitualmente elevados nos casos de doenças do tubo neural, sendo também usada para avaliar o risco destas malformações no feto.

Os rastreios serão efectuados no primeiro trimestre de gestação (realizado entre as 10 e as 13 semanas – de preferência às 11/12 semanas), o

do segundo trimestre de gestação (realizado entre as 14 e 22 semanas – de preferência às 15 semanas) e o rastreio integrado (compreende o do primeiro e do segundo trimestre em duas fases distintas).

Tabela 2 - Resumo do rastreio bioquímico e ecográfico para trissomias 18, 21 e defeitos do tubo neural

| | Data | Exame ecográfico | Marcadores bioquímicos | Taxa de detecção |
|-----------------------|---|---|--|---|
| Rastreio 1º trimestre | Entre as 10 e as 13 semanas (preferência 11-12 semanas) | Confirmação do tempo de gestação medição de TN (se disponível) | PAPP-A β hCG | Trissomia 21 83% (74% se TN não incluída) Trissomia 18 72% Defeitos do tubo neural não aplicável |
| Rastreio 2º trimestre | Entre as 14-22 semanas (preferência 15 semanas) | Confirmação do tempo de gravidez | AFP β hCG uE3 inibina-A | Trissomia 21 83% Trissomia 18 40% Defeitos do tubo neural 85% das espinhas bífidas e 100% das anencefalias |
| Rastreio integrado | 1ª colheita 10-13 semanas (preferência 11-12 semanas) 2ª colheita 14-22 semanas 15 semanas | Confirmação do tempo de gestação Medição da TN (se disponível) | 1ª colheita de PAPP-A 2ª colheita de AFP β hCG uE3 Inibina-A | Trissomia 21 94% (90% se TN não incluída) Trissomia 18 77% Defeitos do tubo neural 85% das espinhas bífidas e 100% das anencefalias |

Fontes: Baluja-Conde, I. et al. (2005). Biomedical serum markers for Down

Qualquer rastreio bioquímico positivo carece sempre de confirmação. Este facto não significa que o feto tenha necessariamente alguma malformação, mas indica que os exames invasivos devem ser realizados.

Os exames invasivos são a amniocentese, a biopsia de vilosidades coriônicas e a cordocentese, segundo a Guideline Medicina Materno Fetal, (s.d.) e Pinto (2002). São exames realizados através da punção via abdómen materno (transabdominal) ou pelo cervix (transcervical), com controlo ecográfico e tem por objectivo colher algum material fetal para análise.

A amniocentese consiste na punção transabdominal materna até ao saco gestacional, de onde se retira uma pequena quantidade, de líquido amniótico, para análise num laboratório de citogenética, para realização de cariotipo fetal.

Este exame é realizado geralmente a partir das 15 semanas de gestação. O risco de perda fetal é aproximadamente de 1%.

A biopsia de vilosidades coriônicas é efectuada preferencialmente entre as 11 e as 13 semanas de gestação, com um risco de aborto de 1%.

A cordocentese é efectuada após as 20 semanas de gestação, com um risco de aborto de 1 a 2% aproximadamente.

Através do exame ecográfico muitas malformações poderão ser detectadas a nível morfológico. A primeira avaliação ecográfica realiza-se no primeiro trimestre de gravidez, preferencialmente às 12 semanas de gravidez, por ser possível uma melhor avaliação morfológica fetal. É neste exame que se avalia a translucência da nuca. Na região posterior da nuca fetal poderá haver um acúmulo anormal de líquido que se designa por higroma quístico ou edema da nuca, como refere Chaves (2006). Campos e Montenegro (2005) referem que translucência da nuca “corresponde à imagem ecográfica hipo-ecogénica de líquido acumulado no triângulo posterior do pescoço do feto” (p. 11), e é avaliada ecograficamente entre as 11 e as 13 semanas e 6 dias de gestação.

O exame ecográfico fetal permite aos progenitores estabelecerem os primeiros laços visuais com o feto, permitindo ajudar a consolidar uma carga afectiva que se vai desenvolvendo ao longo do tempo da gestação.

O exame ecográfico fetal do segundo trimestre é efectuado entre as 18 e as 24 semanas de gestação, preferencialmente às 22-23 semanas. O objectivo deste é a avaliação detalhada da anatomia fetal.

A detecção de malformações fetais, segundo Pinto (2002), está dependente da resolução do aparelho onde se realiza o exame ecográfico, da experiência do médico que realiza o exame, da idade gestacional quando o exame é realizado e das dificuldades técnicas devido a circunstâncias alheias ao médico e de que são exemplos a adiposidade materna, hidrâmnios, número de fetos ou a posição fetal.

Um dos problemas que é apontado para uma maior incidência das gravidezes de risco prende-se com a idade materna, o que leva a equacionar uma abordagem da fecundidade.

2.4. FECUNDIDADE

No Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2002), fecundidade é a qualidade ou condição do que é fecundo, fértil, a capacidade de se reproduzir prolificamente.

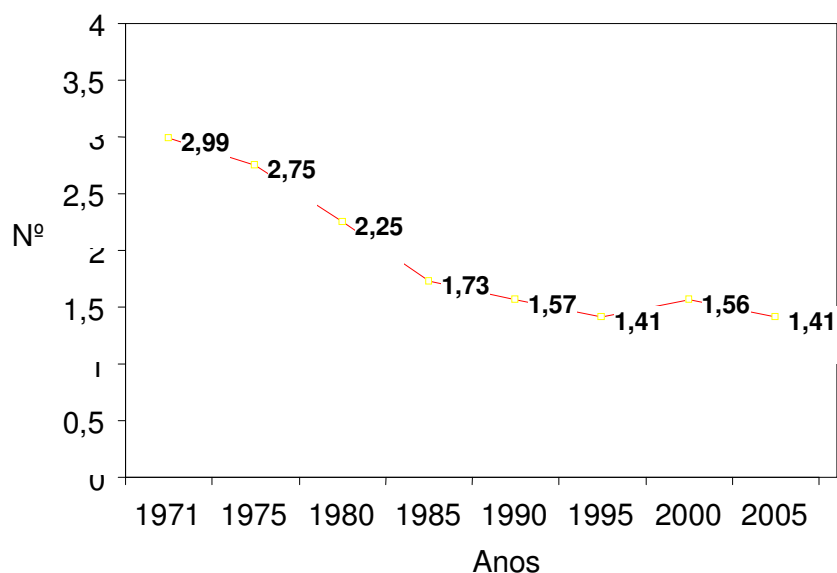
Toda a mulher em idade fértil devia ser considerada como mãe potencial, segundo Bobak (1999).

Ao abordarmos o aspecto da fecundidade é importante por um lado observar a vertente biológica como factor marcante, e por outro, o factor social e psicológico que trespasam também toda a atitude na decisão de ter filhos. A idade fértil da mulher encontra-se entre a menarca e a menopausa, cerca de 35 anos (entre os 15 e os 50 anos). A menarca simboliza a entrada da mulher na idade adulta e a menopausa o caminhar a pouco e pouco para o envelhecimento irreversível no desenvolvimento humano.

O Índice Sintético de Fecundidade, exprime-se pelo número médio anual de nados vivos por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade). O Índice Sintético de Fecundidade continua a cair, aproximando-se de 1.4, um nível bastante baixo em Portugal segundo dados do INE (2007) e, deveria situar-se como nível mínimo de 2.1 crianças por mulher para a substituição de gerações nos países desenvolvidos.

Em 1971, o Índice Sintético de Fecundidade encontrava-se em 2.99, tendo vindo progressivamente a baixar para valores que oscilam entre 1.5 e 1.4 na última década do século passado e o presente.

Gráfico 1 - Variação do índice Sintético de Fecundidade em Portugal entre 1971 e 2006



Fonte INE 2007

Como nos refere Almeida (2005), desde o século XVIII que a burguesia urbana começou a controlar a sua fecundidade. O recuo da fecundidade na Europa começou a observar-se a partir de meados do século XX, com a *restrição intencional* dos nascimentos, (Cunha, 2004)

A partir da década de 70 com a difusão da pílula anticoncepcional e com os dispositivos intra-uterinos torna-se possível uma fecundidade moderna, contida e controlada eficazmente, levando a uma diminuição da fecundidade.

Associado ao declínio da fecundidade estão vários factores, destacando-se uma tardia constituição da família, ligada a nascimentos adiados, que por vezes não se concretizam e a uma escolaridade prolongada, com consequente entrada tardia no mercado de trabalho. Assim, segundo dados da OCDE (2004), a idade média para ter o primeiro filho em Portugal encontra-se nos 30 anos, o que representa um aumento de 3-4 anos em duas décadas.

Consequentemente a idade é uma baliza fundamental para a decisão do casal ter ou não ter filhos e pode ser influenciada pela escolha de determinado método anticoncepcional -o modo como a contracepção é praticada (se falível ou não) - e a temporalidade em que é praticada, se é definitivo ou não.

Com o actual controlo da fecundidade, “toda a criança é uma criança desejada; os filhos já existem no imaginário dos pais muito antes de nascerem e deles espera-se, não uma anónima existência, mas que sejam seres singulares e detentores de qualidades singulares” (Gomez, 2005, p. 267).

Com as alterações operadas na família, os modernos métodos de contracepção, os novos modelos matrimoniais e as dificuldades de acesso ao mercado de trabalho dos jovens poderão explicar os comportamentos da fecundidade. A taxa de natalidade é o reflexo de fenómenos complexos onde se misturam o social, o religioso e o cultural (Segalen, 1996).

Segundo Leal e Pereira (2005), cinco por cento da população adulta opta por não ter filhos, o que nos leva a equacionar que a parentalidade para estes poderá não constitui um importante objectivo de vida.

De acordo com Rodrigues (s.d.), os portugueses que optam por ter filhos desejam ser pais cada vez mais tarde. No entanto, esta situação acarreta riscos diversos para a saúde reprodutiva, sendo que a infertilidade é colocada como um dos problemas de saúde mais marcante. Entenda-se por infertilidade a incapacidade de um casal conseguir engravidar, mantendo relações sexuais regulares sem recurso a métodos anticoncepcionais, pelo menos durante um ano.

Como nos refere Costa (2004), algumas mulheres rompem o que socialmente é definido como a idade para ter filhos, tendo-os com 40 e mais anos de idade.

Ainda segundo o mesmo autor, a gestação depois dos 35 anos é *uma gravidez de risco* devido, a um elevado número de problemas a nível biológico como o decréscimo da fertilidade, o aumento das anomalias cromossómicas e outras malformações congénitas.

Tabela 3 - Idade Materna como factor de risco para incidência de cromossomopatias

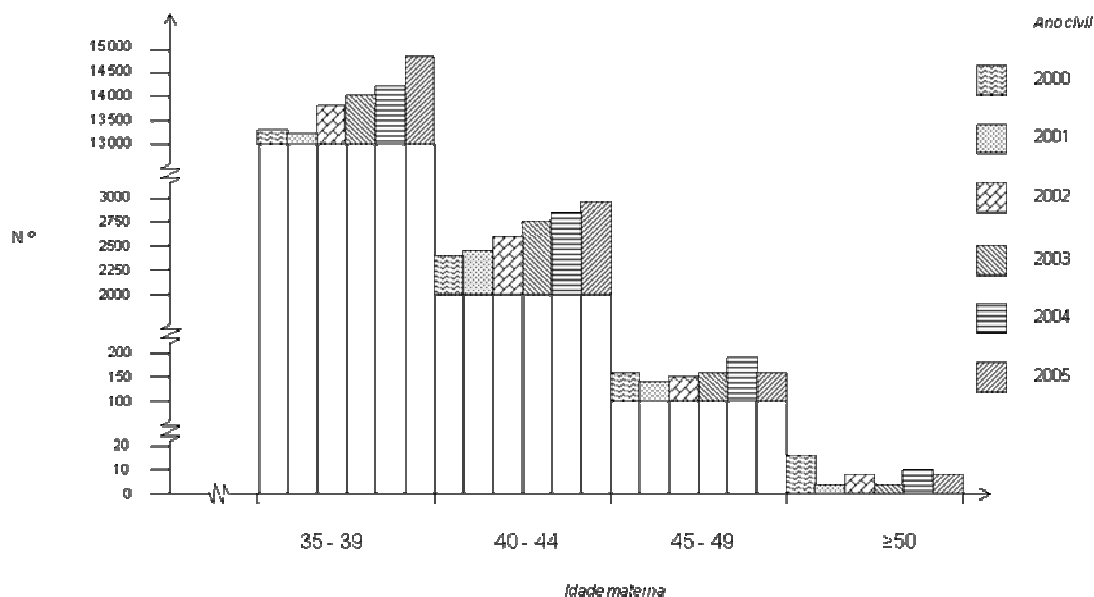
| Idade | Risco de Trissomia 21 Síndrome de Down 1) | Risco de outras Anomalias Cromossómicas 1) | Risco de Trissomia 18 Síndrome de Edwards 2) |
|-------|---|--|--|
| 20 | 1/1667 | 1/526 | 1/18013 |
| 25 | 1/1250 | 1/476 | 1/15951 |
| 30 | 1/952 | 1/384 | 1/10554 |
| 34 | 1/500 | 1/238 | 1/5256 |
| 35 | 1/385 | 1/192 | |
| 36 | 1/294 | 1/156 | 1/3307 |
| 37 | 1/227 | 1/127 | |
| 38 | 1/175 | 1/102 | 1/1974 |
| 39 | 1/137 | 1/83 | |
| 40 | 1/106 | 1/66 | 1/1139 |
| 41 | 1/82 | 1/53 | |
| 42 | 1/64 | 1/42 | 1/644 |
| 43 | 1/50 | 1/33 | |
| 44 | 1/38 | 1/26 | 1/359 |
| 45 | 1/30 | 1/21 | |
| 46 | 1/23 | 1/16 | |
| 47 | 1/18 | 1/13 | |
| 48 | 1/14 | 1/10 | |
| 49 | 1/11 | 1/8 | |

Fontes: 1) Influência da idade da mãe sobre as probabilidades de ter um filho com anomalias cromossómicas: Manual Merck, Recuperado em 2006, Outubro 20, de <http://www.manualmerck.net/>
2) Risco de Trissomia 18: Teste de risco fetal DLE, Recuperado em 2007, Outubro 30, http://www.dle.com.br/produtos/produtos_RiscoFetal.htm

Segundo dados do INE (2007), a percentagem de nados vivos em mulheres com idades entre os 35 e os ≥ 50 anos tem vindo a aumentar, conforme se pode observar no gráfico seguinte. Observa-se que no ano 2000, o número era 15.852, passando para 17.871 em 2005 que corresponde 13.20% e 16,33% respectivamente, do total de nados vivos em Portugal. Onde se verifica um maior aumento nesses anos, é nas idades maternas entre os 35-39 e 40-45 anos.

Continuando a observar os dados do INE (2007) o número total de nados vivos em Portugal nos anos de 2000 foi de 120.071 em 2001 de 112.825, em 2002 de 114.456, em 2003 de 112.589, em 2004 de 109.356 e no ano de 2005 de 109.457. Verifica-se um decréscimo no total de nados vivos de 11.614 entre o ano 2000 e 2005.

Gráfico 2 Número de nados vivos nas idades maternas entre 35-39 anos, 40-45 anos, 45-50 anos e ≥50 anos nos anos de 2000 a 2005 em Portugal



Fonte: INE 2007

A idade de ter filhos é observada em casais em início de conjugalidade, por norma casais jovens. Em grande medida como nos refere Costa (2004), os 40 anos na mulher marcam o período de idade, para além do qual corre mais riscos para terem filhos e, parece que nada demove estas mulheres de terem os filhos fora do tempo, se o desejarem. Segundo o mesmo autor, a gravidez depois dos 40 anos de idade traduz, nalguns casos, o ultrapassar os limites sociais e biológicos, o que coloca estas mulheres fora do calendário tradicional. Em alguns casos, mulheres com elevado capital escolar e profissional adiam a fecundidade, controlam até ao limite o seu domínio sobre o tempo biológico, e ao mesmo tempo a gestão e controlo do tempo familiar dedicado à tarefa de ter filhos, moldado e instrumentalizado em função do curso da vida individual.

Rodrigues (s.d.) refere-nos, que os problemas relacionados com a fertilidade são difíceis de avaliar, porque a sua detecção só ocorre quando os indivíduos desejam ter filhos. Tradicionalmente, a incapacidade de procriar é atribuída à mulher, mas na realidade os elementos do casal tem igual parte de responsabilidade.

Para haver concepção é necessário haver a união de dois gametas, o feminino óvulo e o masculino espermatozóide, conseqüente fecundação e gravidez.

2.5. GRAVIDEZ

A gravidez é um período de mais ou menos 40 semanas, 10 meses lunares, 9 meses de calendário ou 280 dias, que medeia entre a concepção e o parto.

Para datar a gravidez, conta-se a partir do primeiro dia da última menstruação ou da última menstruação até ao dia do nascimento, o que se designa de datação cronológica. Por outro lado os embriologistas consideram que, para datar a gravidez se deve usar a idade pós-ovulatória ou de fertilização, que ocorre ao 14º dia após a última menstruação, sendo assim a gravidez decorrerá com menos duas semanas que a idade gestacional, durante 38 semanas.

Como estes dois métodos poderão induzir em erros de datação da gravidez, hoje em dia são colmatados pelo uso do exame ecográfico, que data a gravidez com rigor e sem erros e possibilita o estudo das estruturas e do desenvolvimento fetal, quando efectuada no primeiro trimestre de gravidez.

O exame ecográfico em obstetrícia tem sido crescentemente utilizado, permitindo e contribuindo para uma redução, quando correctamente utilizada, da mortalidade e morbilidade por anomalias congénitas.

A idade gestacional vai ser fundamental para estudar o desenvolvimento do feto.

Segundo Boback (1999), o desenvolvimento *in útero* é dividido em três estádios: o primeiro do ovo ou zigoto, o segundo de embrião e o terceiro de feto. Para Seeley (1997), os estádios do desenvolvimento têm a designação de período germinativo, período embrionário e de período fetal.

O estágio do zigoto ou período germinativo decorre entre a concepção e o 14º dia de desenvolvimento, durante o qual se formam as camadas germinativas primitivas. O estágio de embrião ou período embrionário dura do 15º dia até ao fim da 8ª semana de desenvolvimento, quando o embrião atinge 3 centímetros de comprimento crânio-caudal, e corresponde ao início da existência dos principais órgãos e sistemas orgânicos.

Este corresponde a um período crítico do desenvolvimento, em que factores externos teratogénicos poderão provocar malformações devido à rápida divisão celular que está a ocorrer.

O estágio do feto ou período fetal dura das 9 semanas de gravidez até ao seu termo. O feto neste período está menos vulnerável a factores teratogénicos excepto os que afectam o sistema nervoso central.

Para prevenir doenças genéticas ou malformações que possam ocorrer é necessário um aconselhamento para prevenir estas manifestações durante a evolução da gravidez.

Para os problemas genéticos em geral o seu tratamento e medidas preventivas são limitadas ou inexistentes. Prevenir a sua transmissão é o único meio de reduzir a sua proliferação. As evoluções operadas neste campo científico conseguem prever as probabilidades de repetição com grande exactidão sobre determinadas alterações genéticas.

As pessoas recorrem ao aconselhamento genético por variadas razões, segundo Bobak (1999) geralmente pelas seguintes razões:

- Querem saber se tem ou se são portadores de patologia genética;
- Preocupação de estarem em risco de terem uma criança com distúrbio genético;
- Pretendem engravidar e querem identificar patologia genética que afecte um ou os dois parceiros;
- Procuram ajuda para decidirem sobre um diagnóstico pré-natal, aborto selectivo, inseminação artificial por dador, ou adopção;
- Procura de ajuda por uma criança ser portadora de distúrbio genético.

Segundo a mesma autora, mesmo se nem todas as patologias congénitas advêm da hereditariedade. Entenda-se por congénito a situação que estava presente à nascença. Assim, os factores teratogénicos e as substâncias a que os progenitores são expostos podem causar efeitos adversos alterando o normal desenvolvimento embrionário. Durante as primeiras semanas de

gravidez o seu efeito pode ser tão grave que provoque aborto espontâneo. O aumento da taxa de abortos espontâneos com a idade acima dos 35 anos, está positivamente correlacionado ao aumento das trissomias, cuja frequência pode aumentar vinte vezes até aos 40 anos de idade (Pinto, 2002). É prática comum em todas as gravidezes tentar identificar patologias hereditárias, com o intuito de identificar potenciais doentes.

Tabela 4 - Agentes teratogénicos

| | |
|-----------------------------------|---|
| Medicamentos | Androgénios, Anticoagulantes, Antitiroideos, Agentes antineoplásicos, Diethylstilbestrol, Fenitoína, Isoretinoína, Estreptomicina, Tetaciclina, Talidomida, Trimetadiona parametadiona. |
| Produtos químicos | Álcool, Fenilbenzenos ou defenil-policloretoados, Chumbo, Lítio, Mercúrio orgânico, Ácido valproico. |
| Infecções | Citeomegalovirus, Rubéola, Sífilis, Toxoplasmose e Varicela. |
| Exposições a agentes Radioactivos | Radiações |
| Condições maternas | Diabetes mellitus e Fenilcetonúria. |
| Fonte: Bobak, 1999 | |

Hoje nos hospitais a nível nacional, há a possibilidade de encaminhar a mulher grávida sempre que existe um elevado risco de poder vir a ter um filho com alterações genéticas ou cromossómicas, de forma a serem realizados testes antes de ocorrer o nascimento (diagnóstico pré-natal).

Um em cada duzentos recém-nascidos aproximadamente, apresentam anomalias cromossómicas, a maioria destes fetos morrem antes de nascer ou nos primeiros meses de gravidez.

2.6. O ANÚNCIO DA MALFORMAÇÃO

Quando o resultado de um exame ecográfico não é tranquilizador a mulher é colocada perante uma questão: será que o meu bebé tem algum problema?

Poderá ser este o momento de o início de uma série de exames que levarão à colheita de líquido amniótico por amniocentese, à realização de um exame ecográfico mais detalhado pelo médico obstetra com um aparelho com mais resolução, ou efectuado pelo cardiologista-pediatrigo ou neuro-radiologista, para deste modo se chegar a um diagnóstico definitivo.

A mulher e o companheiro são convocados pelos profissionais de saúde. Alguns já têm a percepção de que algo está a correr mal, contudo chegou o dia de serem confrontados com a malformação que o seu feto é portador.

Para Milliez (2002), a convicção de que um casal tem direito ao filho perfeito, e a infalibilidade depositada na medicina leva a que perante o diagnóstico de uma malformação fetal o casal seja colocado perante o sofrimento e uma tragédia de ter de interromper a gravidez.

De acordo com Parkes, (1998), quando a pessoa é confrontada com uma situação extrema, a tensão excede um patamar de gravidade (que varia de pessoa para pessoa) e nestes casos a eficiência e a capacidade de aprendizagem diminuem abruptamente, deixando as pessoas incapacitadas para enfrentar a situação e totalmente perturbadas.

O estado psicológico da grávida tem um papel preponderante para a evolução da sua gestação. A ansiedade “ pode diminuir a tolerância à dor e estudos já realizados demonstraram que a ansiedade, e não tanto a frequência ou a gravidade dos sintomas, é um factor crítico na determinação da necessidade de atenção médica requerida pelo indivíduo” (Corney, 2000, p. 26)

Com um resultado de uma análise ao líquido amniótico a mulher pode ser colocada perante dois cenários, se o feto tiver viabilidade e as malformações não forem incompatíveis com a vida, a gravidez decorrerá com vigilância

apertada; se houver indicação para interrupção de gravidez, os pais são elucidados dos procedimentos e da conduta a seguir para tomarem a decisão ou não da interrupção médica de gravidez através do consentimento devidamente expresso e esclarecido.

Se de facto existe uma malformação, torna-se necessário tomar uma decisão: mesmo se se deseja continuar ou não com a gravidez, é sempre a decisão da mulher que prevalece.

Cabe pois à mulher autorizar que lhe seja efectuada a interrupção médica de gravidez, porque é com o seu consentimento, ao abrigo da lei em vigor, que esta será efectuada. Por vezes, a interrupção médica de gravidez é também designada por interrupção eugénica da gravidez.

Muitas mulheres ficam confusas ao estarem perante o médico e/ou equipa de saúde. A informação que lhes é transmitida não é claramente entendida. A confusão daí resultante pode levar à ansiedade, angústia e preocupação.

Quando a informação não é bem interpretada pela grávida, esta causa-lhe angústia e ansiedade, que por sua vez irá repercutir-se nos familiares. Dar apoio e prestar atenção a estas situações é benéfico, porque o sofrimento psicológico tem um efeito negativo na recuperação destas mulheres (Corney. 2000).

A dor e o sofrimento no nosso dia-a-dia tornam-se por vezes difíceis de ser separados, mas para quem cuida são entidades distintas que habitam em determinadas situações numa mesma pessoa.

2.6.1. COMO SE PROCESSA O ATENDIMENTO

O resultado de uma má notícia e da forma como ela é comunicada tem extrema importância. As mulheres e companheiros são convocados para comparecer no Diagnóstico Pré-Natal, não lhe sendo dada a informação telefonicamente.

Para dar uma má notícia, deve proceder-se do seguinte modo (Conery, 2000; Leal, 2003):

- É necessário escolher e preparar o local adequado, sendo a notícia dada pessoalmente sem que haja interrupção por terceiros;
- Perceber o que o utente já sabe, pedindo-lhe uma explicação do que lhe está a acontecer;
- Saber o que o utente pretende saber, considerando a possibilidade dos resultados poderem ser positivos ou negativos.

Dar a má notícia, começando por alertar para a situação pelos aspectos bons e menos bons, dando pistas no sentido de avançar claramente com a comunicação mais detalhada. Quando a grávida recebe a informação de que a sua convicção está correcta, é natural que se mostre perturbada. Não há forma de suavizar a má notícia. A única abordagem e tarefa principal, é saber manejar o seu sofrimento. Ao assumir e identificar o seu sofrimento, as suas preocupações torna-se possível ajudá-la. Não há palavras certas para se dar nesta ajuda.

É fundamental que a grávida entenda que não está sozinha nesta fase difícil do processo. É importante que esta saiba que existem intervenções concretas para prevenir e aliviar o seu sofrimento e que a mesma tem tempo para pensar acerca da atitude que vai tomar.

Responder às perguntas e emoções da grávida. Torna-se vital após o choque inicial, esta vai querer clarificar o significado da informação que lhe foi dada por mais explícito que se seja, na altura de receber a má notícia ninguém consegue reter toda a informação que é dada. A informação retida é a que se dá no início e no fim da comunicação; habitualmente o meio é esquecido.

De modo a encerrar a entrevista, deve traçar-se um plano de acção futuro, conjuntamente com a grávida, deixando sempre a porta aberta para se esta necessitar deixar-se um próximo contacto marcado.

2.7. A DOR E O SOFRIMENTO

Tenho dito tantas vezes
Quanto sofro sem sofrer
Que me canso dos reveses
Que sonho só p'ra os não ter.

E esta dor não tem mágoa,
Esta tristeza intangível,
Passa por mim como um som de água
Ouvido num outro nível.

...
Fernando Pessoa
“Poesia do eu”

Estes dois termos, dor e sofrimento, sempre estiveram lado a lado e os seus significados por vezes são utilizados como sinónimos, com permutação da sua utilização. Por vezes, são usados para contrariar um e outro, como por exemplo a dor é inevitável e o sofrimento opcional. Eles são comumente utilizados no dia-a-dia por técnicos de saúde e pelos utentes, porque a sua denominação leva ao seu uso.

Poderíamos no nosso trabalho usar só a dor percepcionada pelas mulheres na interrupção médica de gravidez, mas decidimos usar também o sofrimento, porque as mulheres que são submetidas à interrupção médica de gravidez devem ser observadas holisticamente e não de modo compartimentado. O ser humano é uma unidade de corpo, alma e espírito, esta tríade original que vive, cresce, evolui e interage com o ambiente continuamente e com outros seres humanos (Oreopoulos, 2001).

A sua dor e o seu sofrimento estão interligados, e como difícil é distinguir dor e sofrimento, difícil é desligá-los. Como nos refere Le Breton (1995) “Não há dor sem sofrimento, isto é, sem significação afectiva, que traduz o deslizar de um fenómeno fisiológico no coração da consciência moral do indivíduo” (p.13).

Ao não se fazer distinção entre dor e sofrimento, afirma Pessini (2002), este facto permite à equipa médica prescrever agressivamente terapêutica na

crença de que protegendo os pacientes da dor física os aliviam de todos os outros aspectos. A continuação destes cuidados poderá causar mais sofrimento ao utente.

A grande dificuldade ao estudarmos esta problemática reside, na sua compreensão, porque “é difícil definir a fronteira entre a dor e o sofrimento, entre a sensação e a emoção; a dor é sempre sentida como uma realidade, flutuante mas incontestável, quer por aqueles que sofrem quer por pelos que se esforçam para aliviar os sofrimentos” (Schwob, 1997, p. 54).

A interrupção médica de gravidez produz na grávida um certo número de medos, designadamente o medo da dor, da incapacidade e da morte. Segundo Corney (2000), muitos indivíduos consideram que o período que lhes causa maior *stress* é o anterior ao diagnóstico.

O tema da dor está a ser exaustivamente tratado cientificamente em vários contextos. Por seu turno, começam a aparecer alguns trabalhos sobre o sofrimento humano em situações de doença, mas não relacionados com o nosso tema.

Faremos uma abordagem sobre o significado de cada um dos termos dor e sofrimento, começando pelas suas definições. Para definir dor, existem várias definições, que vão desde os dicionários de língua Portuguesa às Enciclopédias. Segundo a Diciopédia da Porto Editora (2005), dor é apresentada como uma sensação penosa ou desagradável; sofrimento; pesar; condolência; dó; mágoa; arrependimento.

Sufrimento, segundo o Dicionário Houaiss (2002), significa acção ou processo de sofrer; dor causada por ferimento ou doença, padecimento; dor moral; amargura, angústia, ansiedade.

Ainda segundo o Dicionário de Sinónimos e Antónimos (2007), sofrimento significa: dor; padecimento; infortúnio: desdita, desgraça, desventura, flagelo, infelicidade, mal, miséria; paciência: conformação, conformidade, resignação, tolerância; padecimento: aflição, amargura, angústia, ânsia, ansiedade, calvário, consternação, desgosto, dissabor, flagelo, mal, martírio, mortificação, paixão, pena, pesar, prova(ção), suplicio, tormento, tristeza.

Para Kahn e Steeves (1986), o sofrimento pode ser definido como uma experiência, em que o eu do indivíduo é ameaçado e pode ocorrer em situações de dor ou de perda.

Ao cuidar de uma mulher que vai ser submetida a interrupção médica de gravidez a/o enfermeira/o deve estar desperto/a para vários aspectos que se relacionam com esta problemática.

Estar grávida encerra um acontecimento e uma ocasião tanto para a mulher como para o companheiro, o de estarem a ser responsáveis pela vida de outro ser humano, que acarreta ansiedade pela ânsia de fazer bem ao bebé (Brazelton, 1992).

Para compreender todo este processo deve seguir-se todo o percurso e saber como ele é trilhado pela mulher e companheiro. A gravidez decorre num período de 40 semanas, a todas as mulheres é facultada a possibilidade de vigiar a sua gravidez no seu médico de família, e a interrupção da gravidez pode ocorrer a qualquer momento da gravidez e, ser devida a causa materna ou fetal. A interrupção médica de gravidez e *interrupção médica de gravidez por malformações fetais* são dois paradigmas com desfechos diferentes.

Na *interrupção da gravidez por malformações fetais*, existe as que são consignadas de acordo com a lei, e que ocorrem até às 24 semanas de gestação em que é aceite que este feto está acometido de malformações que são incompatíveis com a vida e outras que quando diagnosticadas mais tardiamente poderão também ocorrer com mais tempo de gestação, havendo também a perda do feto.

Existem as interrupções médicas da gravidez que são efectuadas sem haver malformação fetal, mas cuja continuação da gravidez põe em risco a vida materna e fetal, e de que são exemplos a amnionite, a hemorragia genital abundante, a ausência de líquido amniótico, entre outras.

Como nos diz Leal (2005), com os avanços tecnológicos, hoje a partir das 24 semanas de gestação já é possível em algumas situações o feto sobreviver e nestes casos a interrupção da gravidez ocorre com a sobrevivência do feto numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, que até à poucos anos era impensável.

Situações há em que não há necessidade de recorrer à interrupção da gravidez. Outras em que a mulher decide não prosseguir com os exames de diagnóstico, mesmo que alertada para as malformações ou possíveis malformações que o feto apresenta; existem outras, em que a única saída com que são confrontadas é com a perda do seu filho, com a interrupção médica de gravidez, devida a malformações incompatíveis com a vida digna de ser vivida.

A Lei 6/84, de 11 de Maio, autoriza que seja efectuada a interrupção médica de gravidez em estabelecimentos de saúde do estado – Hospitais, com o consentimento da mulher ou em situações de urgência sem o consentimento desta, se ela não estiver em condições.

Com a Lei 90/97, de 30 de Julho, procede-se a um alargamento dos prazos de exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez: se “houver motivos seguros para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de doença grave ou malformação congénita, e for realizado nas primeiras 24 semanas de gravidez, comprovadas ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as *leges artis*, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo”.

Com o novo articulado da Lei 16/2007, de 17 de Abril, o Artº 142 do Código Penal na sua alínea c) passa a ter nova redacção: “houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo”.

O sofrimento e dor que resulta desta situação não desejada vão manifestar-se como uma emoção negativa para esta mulher.

É neste percurso de dor e sofrimento que o nosso trabalho irá encontrar sustentação. A dor e sofrimento da mulher desde momento em que é confrontada com a malformação do seu filho, a sua tomada de decisão, a interrupção médica de gravidez no hospital e o regresso a casa alguns meses após a alta hospitalar.

2.8. A DOR

É verdade, não tinha o mesmo ar de toda a gente. Era distraído. Nunca tinha ar de estar a ver nada, sempre ausente no coração da bondade absoluta.... Sempre ausente no coração da absoluta dor do pensamento.”...

Marguerite Duras

“A dor”

A descrição de dor perde-se no tempo, como a origem do próprio ser humano, associada a cultos, rituais, mitos, feitiçarias e aos valores de cada povo. A dor sempre tem sido uma presença incómoda, indesejável e desnecessária, mas ela abraçou e abraça o nosso dia-a-dia, assustando-nos, magoando-nos, modificando-nos e entristecendo-nos. A dor foi vivida como uma fatalidade, mas ao mesmo tempo como uma companheira constante.

Da moderna medicina Ocidental, passando pela medicina tradicional Oriental, desde a antiguidade até aos nossos dias existe a preocupação de perceber a dor e ao mesmo tempo aliviá-la e elimina-la.

O conhecimento da dor passou pelo crivo do conhecimento filosófico, médico e religioso para hoje estar mais centrado na esfera do conhecimento científico.

A dor era entendida como um flagelo, uma punição ou castigo e uma sensação só possível ao ser humano e que os deuses do Olimpo e de Roma desconheciam ou desprezavam, mas que a guerreiros, heróis e reis se abstinham de sentir e mesmo envergonhar de ter (Silva, 1995).

Na antiga Grécia, com a medicina Hipocrática, o sofrimento era considerado como um estado contra a harmonia natural. Aristóteles e Platão postularam acerca da dor e estabeleceram a sua ligação com o sistema nervoso central, como uma emoção e não como sensação (Schwob, 1997). De acordo com o mesmo autor, mais tarde um médico Greco-Romano Galeno no

início do milénio da nossa era localizou a dor no cérebro, ele era o centro das sensações.

Mas ao analisarmos estas duas concepções, e seguindo o raciocínio do mesmo autor: em Galeno a dor era referida como sensação pura que invade a consciência, e para Aristóteles, definida como uma emoção muito especial que acomete a consciência, ambas estão intimamente ligadas ao ser humano sofredor: sensação e sofrimento, dor e emoção como duas faces de uma mesma moeda invertidas. Estas duas premissas da ligação da dor com o sistema nervoso serão descritas por Melzack e Wall na década de 1970.

A partir do século XVII com a filosofia de Descartes, a mecanização do corpo, a dor é considerada um fenómeno sensorial puro. O corpo é como uma máquina, que com os seus sistemas sensoriais detecta os acontecimentos no mundo exterior e leva-os para o interior do corpo, reunindo toda a informação apresentando-a como uma sensação pura. Nesta visão dualista o corpo é uma entidade distinta da mente, em que a dor não é mais do que a representação mental de um estímulo (Wall, 2002).

Hoje em dia, esta visão dualista deve ser vista como uma unidade integrada, que serve as necessidades biológicas do indivíduo. Mas ainda hoje quando se pergunta a alguém que dor sente, aponta geralmente para esta visão dualista: dor física ou psicológica?

Mas é no século XX que serão dados grandes avanços na compreensão dos mecanismos da dor através dos neurónios, como referem Coniam e Diamond (2001). Foi a descoberta de que os estímulos dolorosos são transformados em mensagens químicas por intermédio de moléculas, chamadas neurotransmissores, que passam de seguida para a espinal-medula até atingirem o centro cerebral da dor, o tálamo, de acordo com Schwob (1997); Coniam e Diamond (2001). Posteriormente, no tálamo a informação é tratada em zonas específicas do cérebro, onde é catalogada, localizada e memorizada.

Ainda segundo Schwob (1997), a dor é controlada pelo sistema nervoso central graças a *anéis neurológicos* que bloqueiam a transmissão na espinal-

medula para o sistema nervoso central através da modulação da dor com endorfinas, moléculas de morfina naturais do cérebro.

O uso de analgesia com morfina tem-se verificado mais eficaz contra a dor, impedindo a entrada dos impulsos nervosos associada a narcóticos naturais do corpo, através do bloqueio espinal, reduzindo a dor e outras reacções como a ansiedade ou mesmo inibindo a maior parte das alterações hormonais (Wall, 2002). Ainda segundo ele, a dor é uma enorme série de reacções em cadeia que estão associadas a uma lesão tecidular.

A dor é sempre subjectiva?

Quando se avalia a intensidade da dor, vários factores devem ser observados, por um lado procurar mensurar, de modo a corresponder a uma escala e ter uma tradução em números. “Medir a dor é medir uma ou mais das suas componentes” (Tavares, 2001, p. 279). Cada indivíduo refere a sensação de dor, atribuindo uma intensidade ou termo relacionados com experiências anteriores em relação a esse ferimento, fazendo uma autoavaliação, e a sua percepção é fortemente subjectiva seja influenciada pela memória. Logo, o que se mede pode não estar coincidente em termos de nocicepção e ou sofrimento efectivo.

Por isso “como cada dor tem características próprias, é difícil encontrar grupos de estudo homogéneos e de caracterizar as diversas variáveis que podem interferir com a avaliação final” (Tavares, 2001, p. 280).

A dor não é só da esfera fisiológica, de acordo com a definição da IASP (1994), depois de um grande debate em 1986, a dor é considerada como “uma sensação desagradável e uma experiência emocional associadas a uma lesão tecidular, efectiva ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”. A dor é um facto de existência (Le Breton, 1995).

A forma como a dor é transmitida pelo sistema nervoso e pelos neurónios, demonstra que estes só funcionam para transmitir estímulos dolorosos e não outras sensações.

Neste sentido podemos dizer que a mulher grávida sente dor quando lhe é efectuada a amniocentese.

Mas em termos de dor, a que mais incómodo lhe vai causar é quando é internada para fazer a interrupção médica com as prostaglandinas, quer sejam de aplicação no fundo saco posterior vaginal quer em perfusão endovenosa. Os desconfortos iniciais vão aumentando de gradiente até atingirem uma dor que a mulher manifesta, até à expulsão do conteúdo uterino. Esta dor está associada uma perda irremediável, que potencia estas queixas numa gravidez que por vezes já ultrapassa as 20 semanas de gestação. As mulheres mais vulneráveis poderão desencadear processos reactivos e emocionais mais fortes à medida que avança a gravidez (Iles, 1989).

Com os avanços científicos dispomos hoje de meios que permitem atenuar a maior parte das dores e, ao mesmo tempo, o alívio do sofrimento do ser humano.

2.9. O SOFRIMENTO

“Embora vivamos toda a nossa vida na expectativa de coisas melhores, costumamos ao mesmo tempo ansiar tristemente pelo que passou”.

A. Schopenhauer

“Sobre o sofrimento do mundo”

A mulher ao ser submetida a interrupção médica de gravidez sofre?

O sofrimento que estas mulheres experimentam pode ser observado sob aspectos relacionados com as emoções e não apenas como:

- malformação do feto;
- perda do feto.

Dando ênfase às emoções, sentimentos e comportamentos manifestados pela mulher na interrupção de gravidez poderemos equacionar:

- a incapacidade de gerar bebés saudáveis,
- a possível existência duma infertilidade subjacente,
- o apoio social e profissional que lhe foi disponibilizado,
- já ter idade avançada,
- as suas expectativas e possíveis implicações futuras.

Quando sofremos não podemos desligar-nos do contexto sócio-cultural em que vivemos, “em grande parte sofremos em resposta a situações da nossa vida pessoal e social, utilizando como referências modeladas socialmente de acordo com aquelas representações, e adoptamos estratégias de reajustamento, também fortemente determinadas pelos valores e normas culturais.” (Gameiro, 1999, p. 45).

Soares (2001) diz que quando se fala em sentir “a palavra reveste-se de uma tonalidade emocional, afectiva, e o seu horizonte semântico reporta-a a uma escala de registos inserida no agradável/desagradável, belo/feio, prazer/dor, e na paleta da infinidade de cores possíveis entre o branco e o preto” (p.126).

A nossa cultura fornece-nos dicotomias para quase todos os valores e referências na vida, como algo inconciliável e até mesmo antagónico. Vejamos que salgado é o oposto de doce, o amor opõe-se ao ódio, a vida à morte. A vida é encarada como algo bom e a morte algo de mau. O medo da morte, o medo de perder um familiar, um amigo torna-se a primeira fonte de medo que atormenta o ser humano e ao mesmo tempo, o medo da perda dos outros é o medo da nossa própria perda (F.N. Dias, 2007).

No caso da interrupção médica de gravidez aparece o sofrimento que vai ferir a alegria e o prazer que imperavam, transformando o momento em emoções e sentimentos de choque e tristeza.

Para Soares (2001) “Os sentimentos, o sentir em geral é diferente das sensações. Os primeiros são estados do eu – *triste ou alegre* –; as sensações são elementos na percepção do ambiente e do próprio corpo – *cor, temperatura, sensações orgânicas* –” (p. 128).

Portocarrero (2001) refere que para o ser humano todo o sofrimento é insuportável e que todo o sofrimento é uma intimação à identidade da pessoa humana. Sem a capacidade de sofrer cairíamos em pura apatia.

Segundo C.S. Dias (2006), sentimento é um conceito utilizado para referir *experiência subjectiva* de intensidade variável, também com uma definição bastante polémica. Os sentimentos não são exclusivos da esfera afectiva, eles possuem uma componente cognitiva.

As reacções fisiológicas, enquanto componentes das emoções, preparam o indivíduo para lidar com exigências adaptativas. As emoções são essencialmente impulsos para agir e planos para nos orientarem nas nossas respostas adaptativas ao dia-a-dia (Goleman, 1996).

Emoções é um termo cujo significado e objecto tem sido objecto de controvérsias desde há mais de um século. Não existe ainda uma definição consensual e aceite, de entre centenas de emoções e respectivas combinações, variações, mutações e tonalidades de acordo com o mesmo autor.

Lazarus e Lazarus (citado por C.S. Dias, 2005) considera as emoções como:

reações complexas que envolvem quer as nossas mentes quer os nossos corpos. Estas reações incluem: um estado mental subjectivo, como o sentimento de raiva, ansiedade ou amor; um impulso para agir, como fugir ou atacar, quer seja expresso abertamente ou não; e profundas mudanças no corpo, como o ritmo cardíaco acelerado ou pressão arterial elevada. Algumas destas mudanças corporais preparam para e sustentam ações de confronto e outras – como posturas, gestos e expressões faciais – comunicam aos outros o que estamos a sentir, ou quer que os outros acreditem no que estamos a sentir. Uma emoção é um drama pessoal da vida, que tem a ver com o destino dos nossos objectivos num encontro específico e pelas nossas crenças acerca de nós próprios no mundo em que vivemos. É excitada por uma avaliação da significância ou significado pessoal do que está a acontecer nesse encontro. O enredo dramático difere duma para outra, tendo cada emoção a sua história específica (p. 193).

Alguns teóricos, segundo Goleman (1996), propõem famílias básicas de emoções, embora nem todos estejam de acordo. Na tabela seguinte apresentam-se os candidatos e os membros das respectivas famílias básicas de emoções:

Tabela 5 - Candidatos e membros das famílias básicas de emoções

| Candidatos | Membros das respectivas famílias |
|--------------------------------|--|
| Ira | Fúria, ultraje, ressentimento, cólera, exasperação, indignação, vexação, acrimónia, animosidade, aborrecimento, irritabilidade, hostilidade e, talvez no extremo o ódio e a violência patológicos |
| Tristeza | Dor, pena, desânimo, desalento, melancolia, autocomiseração, solidão, abatimento, desespero e quando patológico a depressão profunda |
| Medo | Ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, e como patologias a fobia e o pânico |
| Prazer | Felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia, divertimento, orgulho, prazer sensual, excitação, êxtase, agrado, euforia, gratificação, bom-humor, arrebatamento, entusiasmo e como extremo a mania. |
| Amor | Aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção, adoração, fascinação e ágape. |
| Surpresa | Choque, espanto, assombro e admiração. |
| Aversão | Desprezo, desdém, troça, repugnância, nojo, desagrado e repulsa. |
| Vergonha | Culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento, mortificação e contrição. |
| Fonte: (Goleman, 1996, p. 310) | |

Face à perda do objecto, a sua gravidez, a mulher inicia um processo de sofrimento que é íntimo e vai ser expresso através da experiência de emoções e sentimentos de profundo mal-estar, como o choque e a tristeza. O processo

de sofrimento não é estático, ele vai evoluindo e de acordo com Parkinson, (citado por Gameiro, 1999), por fases de adaptação e reorganização:

- fase de choque e descrença
- fase de consciencialização
- fase de restabelecimento

Na fase de *choque e descrença* é iniciada pelo impacto de surpresa que desintegra o “eu”, provocando uma reacção imediata tipo visceral com manifestações várias que podem ser gástricas como vazio ou nó no estômago e respiratórias como falta de ar ou aperto na garganta entre outros. Segue-se um período de inibição motora, de incredibilidade e negação da situação, permitindo e possibilitando a integração na realidade. Pode acontecer exteriorizarem-se sentimentos de surpresa e de não-aceitação da situação, ou pelo contrário, aparentar aceitar que poderá ser uma compensação defensiva ao processo que se tornará eficaz. As pessoas estão entorpecidas, confusas e por vezes silenciosas nesta fase.

A fase de *consciencialização*, é dominada no início por sentimentos de forte vazio, incompreensão e injustiça. O indivíduo procura e mobiliza energias para se confrontar com a situação. É iniciada por comportamentos de reactividade emocional, evoluindo para manifestações de pesar em que o choro, a verbalização da perda e a procura de alternativas passam a predominar, o que vai estimulando a procura de ajuda externa. No decurso desta fase poderão existir dois modos diferentes de exteriorização, em que o primeiro é caracterizado por manifestações de emoções e sentimentos fortes de angústia, cólera, medo ou culpa; evidenciando comportamentos de agressividade, cólera e raiva. No segundo, impera o choro em pranto ou silencioso, aborda-se o significado da perda e da fatalidade que provocou à pessoa.

E o *restabelecimento* através da aceitação positiva de uma nova realidade, expressos por sentimentos de esperança e num sentido de acreditar no futuro. Há uma relativização valorativa da perda, a reorganização e reajustamento adaptativo às novas circunstâncias. A aceitação positiva e activa da perda permitem um restabelecimento e de resolução do problema. O

sofrimento experimentado não é apagado mas deixa de ser predominante, o que permite ao indivíduo prosseguir a sua vida e constitui uma referência importante e um indicador para enfrentar o futuro, ao mesmo tempo torna a pessoa apta a ajudar e compreender outros que estejam em sofrimento.

Ainda é referido em Gameiro (1999), que nem sempre estas fases são lineares, podendo haver retrocessos e regressões sendo necessária a intervenção psicoterapêutica para ultrapassar a situação.

Para McIntyre (citada em Paulo, 2006), o sofrimento é “um estado de desconforto severo associado a uma ameaça à integridade da pessoa como ser biopsicossocial, envolvendo a construção de significados profundamente pessoais, acompanhados de uma forte carga afectiva e que são passíveis de modificar esse sofrimento.” (p. 26).

Aparece o sofrimento quando a capacidade de controlo e da elaboração das sensações e das representações é transposta, Consequentemente há um esgotar das capacidades intelectuais.

A pessoa que sofre sente consciência de si e ao mesmo tempo observa e analisa a sua experiência subjectiva, englobando em simultâneo o passado, o presente e o futuro, individualizando-os num “eu”. Dirige a sua actuação em face de objectivos e metas para atingir a sua realização. Afirma Gameiro (1999), que a pessoa sofre ao sentir dor física, pode ser penoso e intenso, além desse efeito causal sofre também quando tem uma perda significativa, seja ela real ou que se perspective, e quando atribui a si a culpa de uma má opção ou resultado passado.

Morse (2001), salienta que existe pouca investigação sobre o sofrimento numa perspectiva comportamental e experimental, em que se observe o sofredor e as respostas emocionais com os seus comportamentos, ao longo do processo. Enquanto não houver essa investigação será difícil compreender plenamente as pistas emocionais e a consequente adequação assistencial a quem sofre.

O sofrimento na perspectiva da medicina é uma resposta comportamental/emocional à dor, em que o alívio da dor é o fulcro da sua

actuação, e como refere Cassel (citado por Morse, 2001) “Eliminar a dor é eliminar o sofrimento” (p. 48).

A perda que a mulher vive neste período é sentida como uma ameaça à integridade do seu eu (Kahn & Steeves, 1986), e pode ser um estado emocional associado a eventos biológicos ou psicológicos que ameaça a sua integridade enquanto indivíduo (Doctorsforpain, 2007).

Os teóricos mais recentes que reflectem sobre a prestação de cuidados no sofrimento como algo além da empatia, em que se estuda a interacção entre sofredor e a/o enfermeira/o em que não haja a “não ocultação do afecto para consigo próprio e para com os outros” (Morse, 2001, p. 49).

Para C.S. Dias (2006), os vários conceitos emocionais existentes são de difícil caracterização nos termos como emoções, afecto, estados de humor, sentimentos ou temperamento, que na maioria dos casos são usados sem diferenciação conceptual.

O sofrimento deve ser encarado como uma resposta emocional e comportamental, e não como uma resposta a perda de uma existência livre de dor, de saúde, de dignidade, de mobilidade, do outro ou de si próprio (Morse, 2001). A mesma autora identificou “dois grandes e divergentes estádios comportamentais do sofrimento: a supressão emocional ou “resistência” (enduring)¹ e o sofrimento emocional (emotional suffering)” (p.50), que são diametralmente opostos e exigem abordagens diferentes.

A resistência segundo ela, ocorre para dar resposta a uma ameaça à integridade do eu. Há um encerramento e bloqueio às respostas emocionais enquanto a pessoa é acometida pela situação, as emoções são suprimidas, silenciadas e encerradas. Funciona como uma estratégia que permite transpor ao que acontece naturalmente. O indivíduo em sofrimento tem de experimentar uma descarga para haver cura.

Ainda de acordo com Morse (2001), a intensidade da resistência apresenta diversos níveis de intensidade e dependem da veemência da ameaça, até parece que a pessoa está desprovida de emoções. A pessoa

¹ O termo **enduring** significa em português suportar e resistência. Optámos por utilizar o termo resistência ao longo do texto.

mostra uma postura rígida, um caminhar descoordenado e pesado, uma expressão facial fechada e movimentos labiais e da boca reduzidos, um olhar abstracto e alheado da vida. Por vezes há como um apagar desse evento perturbador, não restando memória dele. Há como que um focalizar no presente e um bloqueio ao passado e ao futuro.

A energia emocional suprimida irrompe em explosões emocionais intensas, por vezes sem causa aparente, facultando um escape para a energia retida. São geralmente de curta duração e o indivíduo regressa ao estado de resistência.

Defende Morse (2001) que os comportamentos de resistência são instintivos e benéficos, porque são normais e permitem preservar o *eu*. Existem três tipos de resistência. A *resistência para sobreviver*, que ocorre em situações de ameaça fisiológica grave e permite à pessoa controlar-se nas suas funções vitais (exemplo respirar pausadamente), permitindo ser cuidada sem gritar, de modo a ser eficazmente cuidada. A *resistência para viver*, ocorre em situações de descontrolo na vida. O que permite à pessoa ultrapassar um momento de cada vez. A *resistência para morrer*, ocorre no final da vida e possibilita suportar o insuportável e a estabelecer prioridades, estando concentrada no presente. O cansaço e a condição da pessoa deteriora-se, a pessoa transita da resistência e cede à morte.

O segundo estágio, o sofrimento emocional é definido como um estado de profunda aflição, onde são libertadas as emoções. Neste estágio, a pessoa está imersa de tristeza. Pode gritar, soluçar, gemer ou chorar incessantemente, e fala para se fazer ouvir acerca do seu problema, como que a querer demonstrar a sua perda e o seu pesadelo. Tem a noção de que o seu futuro e seu objectivo estão irremediavelmente perdidos. No decurso deste sofrimento consciencializa-se do sucedido e começa de novo a ter esperança, alterando objectivos e estabelecendo alternativas para o seu futuro. É no fundo o desespero que impele a pessoa para uma nova reformulação, passando a viver a vida com outro sentido e mais intensa.

Ainda segundo Morse (2001), o adormecimento da mente funciona como um escape para o sofrimento. A pessoa pode cometer excessos para se tentar abstrair, como é o caso do refúgio na leitura, de dormir, ver televisão ou comer.

As pessoas sentem-se esgotadas quando sofrem emocionalmente, tendendo a manter a energia física.

Quando ocorre um incidente grave, ainda segundo a mesma autora, a primeira resposta é de choque. Os sentidos ficam alerta para perceber e compreender o que está a acontecer. A resposta imediata pode ser a de negação: *Não, Não*. Pode haver uma perda momentânea do controlo, mas de imediato o indivíduo faz um rastreio ao sucedido e percebe que tem de prosseguir, pois é necessário controlar-se e entra então em resistência.

Os que saltam a fase da resistência não passam para o sofrimento emocional sem aceitarem a sua perda, mesmo que temporariamente. Andam como que a esbarrar numa e outra, mas acabam instintivamente por cair em resistência. Mas estes estádios são permeáveis o que leva o indivíduo a transitar e mover-se entre ambos sem se aperceber. A tristeza pode ser intensa durante o sofrimento emocional, assemelhando-se a uma depressão.

O regresso à resistência opera-se de duas formas: primeiro através de uma descarga emocional extrema, que pode colocar o indivíduo fora de controlo e a temer recuperá-lo de novo. Em segundo lugar, como o sofrimento emocional manifestado através do choro convulsivo consumiu a energia, permite o regresso à resistência.

Dois factores foram identificados pela autora que fazem com que os indivíduos transitem de um estado para outro.

Normas e contextos culturais e comportamentais que contribuem para capacitar o indivíduo a suportar a perda. Uma pessoa por exemplo pode estar em resistência em público e em sofrimento emocional em privado, um processo de *normas comportamentais adequadas*. Os familiares podem estar em resistência junto do indivíduo, reprimindo as suas emoções, e em público demonstram o seu sofrimento porque ao revelarem o seu sofrimento revelariam junto da pessoa a gravidade da sua perda, sobrecarregando-a. Por sua vez o próprio indivíduo esconde as suas emoções da família através da resistência pelos mesmos motivos. Normalmente, em situações de perda as pessoas choram ou suprimem as emoções, o que é considerado como uma *situação*

adequada e pelo contexto, que determina que se libertem as emoções ou se resista.

Níveis de compreensão e aceitação relativamente ao evento que provocou a resposta. O *reconhecimento* da situação leva as pessoas à resistência. A *constatação* de que ocorreu há descarga emocional e a *aceitação* do passado perdido e do futuro alterado transporta-as para além do sofrimento. Com a aceitação da perda instala-se a esperança e consequente reformulação que permite à pessoa prosseguir. O sofrimento emocional é encarado como um *agente de cura*.

Como resultado do sofrimento Morse (2001) refere que as pessoas que sofreram se tornaram mais ricas após a experiência do sofrimento e que sentem necessidade de ajudar os outros com experiências idênticas, tornando-se voluntários em grupos de ajuda, e estando disponíveis para falar acerca das suas perdas e do seu próprio sofrimento.

No que se refere às considerações até aqui apresentadas por Morse (2001), existem críticas efectuadas por Georges (2002), de entre elas se destaca uma, em que a mesma refuta a ideia de que o sofrimento é uma experiência de aprendizagem. Ao referir que o sofrimento em todos os indivíduos possibilita aprendizagem e vai permitir alterar comportamentos futuros no que respeita à saúde, pode encerrar um ponto de vista perigoso numa sociedade sexista e racista. Refere que existem testemunhos de inúmeros incidentes da não prescrição terapêutica para alívio da dor a mulheres e membros de minorias étnicas por parte dos prestadores de cuidados de saúde. Estes seguem o raciocínio de que essas pessoas merecem o sofrimento e deste modo estas pessoas oprimidas seriam ensinadas a portarem-se de um modo socialmente mais aceitável. E acrescenta que se as intervenções de enfermagem no que se refere ao sofrimento devem ser orientadas para o sofredor, sendo que a praxis contextual será essencial para dar força aos que sofrem.

Os profissionais de enfermagem contactam frequentemente com situações de pessoas com perdas catastróficas que alteram as vidas das pessoas irremediavelmente. De acordo com Morse (2000), são da sua

responsabilidade como prestadores de cuidados, *responder aos sinais de sofrimento*.

É um imperativo de quem cuida aliviar o sofrimento do seu semelhante (Copp, 2006). Para Morse, (2000) é uma responsabilidade ética e é aos profissionais de saúde atribuída a responsabilidade de responder ao sofrimento alheio.

As/os enfermeiras/os são quem cuidam o sofrimento, compreendem o sofrimento, dão resposta às necessidades de quem sofre. É da responsabilidade das/os enfermeiras/os aliviar o sofrimento sendo esta a essência do cuidar da enfermagem (Morse, 2001; Georges, 2002). Aliviar o sofrimento e torná-lo mais fácil a quem dele padece é o “cerne da enfermagem” (Morse, 2001, p. 47).

Nesta encruzilhada a/o enfermeira/o procura não substituir a mulher, mas através de uma atitude de cuidar, procurar mecanismos que ajudem naquela situação de dor e sofrimento. O que as enfermeiras aspiram é compreender esta experiência de dor e de sofrimento e ao mesmo tempo saber como ajudar as pessoas que estão a sofrer.

A pessoa em aflição envia sinais para os quais, segundo Morse (2000), os profissionais de enfermagem conseguem observar permitindo-lhes uma interacção de carácter profissional. As interacções têm carácter terapêutico e são concebidas para aliviar, facilitar ou consolar o indivíduo em aflição.

Com vários estudos nesta área, a mesma autora diz ter apreendido o seguinte acerca das interacções para consolar:

- Na generalidade as pessoas têm um vasto leque de opções para o consolo de modo a ajudar uma pessoa aflita. Os profissionais que prestam cuidados têm desenvolvido uma arte ao nível das estratégias do consolo que são usadas isoladas ou combinadas conforme a situação com que se deparam e os sinais de aflição percebidos;
- Em cada estágio de sofrimento são utilizadas estratégias de acordo com o seu estado. Por exemplo, numa situação de resistência deve-se prestar um apoio silencioso – estar lá – ou então proferir

palavras de encorajamento – está a aguentar bem - de modo à pessoa resistir adequadamente e estar pronta para o escape, para passar ao estado de sofrimento emocional. Nestas situações as frases de simpatia ou empatia, o tocar ou abraçar podem fazer surgir as emoções que estavam reprimidas aumentando o sofrimento;

- Para a pessoa em sofrimento emocional, as estratégias de conforto vão possibilitar o escape das emoções. São adequadas a empatia, e a simpatia, podendo a pessoa que consola só ouvir. Também o abraçar, o tocar a aproximação e o apoio físico beneficiam quem sofre. A pessoa que consola absorve o sofrimento e mantém-no de pé;
- Para quem presta cuidados as estratégias de consolo inserem-se num *estilo de cuidados*. O estilo decorre da maneira de ser e estar do próprio profissional de modo a satisfazer as necessidades da pessoa aflita contrabalançando o afecto. Por exemplo, um profissional pode utilizar mais intensamente o humor, sendo conhecido como uma pessoa afável e engraçada, enquanto outra tem um estilo brusco e pouco simpático;
- A abordagem profissional possibilita o acesso à pessoa, um papel a desempenhar e os correspondentes direitos e deveres.

Os sinais de sofrimento também indicam a necessidade de obter conforto por parte dos outros, segundo a mesma autora. Quando vemos uma pessoa em sofrimento temos a noção da intensidade desse sofrimento e somos impulsionados a prestar auxílio. Na investigação, a autora revela que os prestadores de cuidados seguem instantaneamente cada sinal de sofrimento e que um enfermeiro astuto pode estar constantemente a aprender a melhorar a sua técnica.

Como refere Gameiro (2006), devem-se estabelecer prioridades para o alívio do sofrimento “Para além do controlo da dor, da ansiedade e da depressão, outras acções se afiguram como fundamentais para o alívio do sofrimento do doente, cobrindo as diversas dimensões do ser humano e no

sentido do restabelecimento das possibilidades de transcendência e de realização” (p. 147).

O ser humano foi resgatado, ao ser encarado não só na sua dimensão físico-biológica, mas nos últimos anos como um ser nas suas dimensões psíquica e socioespiritual (Pessini, 2002). A dor e o sofrimento são observados não só na dimensão física, assim como na dimensão psíquica, social e espiritual do sofrimento. A dimensão psíquica pode ter vários factores causais, em que são observados no indivíduo sentimentos caracterizados por mudança de humor, sentimentos de perda de controlo, perda de esperança e de sonhos. A dimensão social é marcada pelo isolamento e pela dificuldade de comunicação, em que a perda de papel social e familiar pode tornar-se cruel. A dimensão espiritual surge da perda de significado, sentido e esperança.

Em C.S. Dias (2006), o alívio pode ser considerado de entre todas as emoções a mais simples de todas, porque ocorre no nosso quotidiano após um período de ameaça ou de ansiedade.

Para a mesma autora, o termo esperança, deve ser entendido como a manutenção da moral e do bem-estar e inversa à de desespero. A mesma afirma que uma pessoa que sinta esperança tem um desejo de alívio de uma situação negativa ou de um resultado positivo, quando as probabilidades não a favorecem. No entanto, segundo a mesma autora existe uma grande incerteza ao considerar a esperança como uma emoção, pela dificuldade em lhe requerer uma única tendência para a acção.

Ainda Gameiro (1999), refere que a ajuda à pessoa em sofrimento deve constituir-se como um processo facilitador e de melhor compreensão da experiência do outro.

Recolher informação sobre o problema e disponibilizá-la adequadamente à grávida vai facilitar a compreensão da situação que está a ser relatada (Bennet, 2002). As mulheres frequentemente dão mais importância à dor e a toda a problemática que irá interferir com o desenrolar da interrupção da gravidez. A sua expectativa será também centrada no diagnóstico. Até ao dia da interrupção vão estar na esperança que haja um erro e que a situação não as irá atingir, ou seja que tudo irá decorrer normalmente.

A informação que lhe é dada é tão devastadora que assina o seu consentimento para fazer a interrupção médica de gravidez. A maior parte das informações que lhe são dadas poderão ser esquecidas ou negligenciadas.

2.10. A PERDA E O LUTO

A perda que a mulher experimenta está relacionada com a perda da sua gravidez, numa fase precoce onde há uma idealização do seu bebé e onde tudo gira à volta do imaginário. As consequências que advêm pelo não reconhecimento social da perda e consequente falta de algo visível e corpóreo, para encetar o processo de luto.

De entre os processos de perda e de luto existem diferenças em relação com o tempo de gestação: se é precoce ou tardio e, a situação que a motivou como por exemplo uma interrupção espontânea da gravidez, uma gravidez ectópica, uma interrupção médica de gravidez no primeiro, segundo ou terceiro trimestres de gravidez (Cabral, 2005). Perder alguém implica tristeza. O processo pelo qual há o desenrolar de uma reacção normal e adaptativa é designado de luto. A resposta emocional a todo este processo é a perda.

Para além de tristeza, Rolim e Canavarro (2001) abordam a revolta no impacto da perda. Nas situações de interrupção médica de gravidez, ao não existir perda física existe uma perda psicológica do bebé normal e saudável que era esperado.

O luto em Ferreira et al (1990) é definido como “um processo que envolve sofrimento somático, preocupação com a imagem do objecto perdido, sentimentos de culpa e preocupação com pequenas omissões e negligências, hostilidade ao meio circundante e alterações profundas nos padrões normais de procedimento” (p. 400). Todo este quadro sintomatológico pode aparecer logo após a perda ou estar aparentemente camuflado. Ainda segundo as mesmas autoras, este período de dor e de sofrimento é normal quando uma pessoa perde o objecto amado, evidenciando um sinal de alarme pela sua ausência.

De acordo Rolim e Canavarro (2001), são abordadas as seguintes fases do luto, que foram estudadas e defendidas por Weiner:

- *Fase de choque e Negação* – surge logo a seguir à perda e dura em média catorze dias, o indivíduo neste período não acredita no

que lhe está a acontecer, sente-se perdido, só e em apatia. A nível fisiológico há diminuição do apetite, náuseas, mal-estar geral e insónias;

- *Fase de desespero e expressão de dor* – ocorre a partir da segunda semana e pode durar de seis a oito meses. O indivíduo começa a consciencializar-se da sua perda. A depressão acentua-se com alterações significativas dos padrões normais de comportamento e há desinteresse pela actividade de vida diária. Podem ocorrer sonhos e fantasias com a perda, duvidando da perda e em simultâneo sentimentos de culpa e raiva;
- *Fase de resolução e reorganização* – esta fase pode durar semanas ou meses. A motivação pela vida, emprego e nas relações interpessoais renova-se. Há um reordenamento nos padrões de sono/repouso e alimentação. Começa-se a delinear o futuro e a perda passa a ser aceite. A tristeza e o vazio dissipam-se lentamente assim como as recordações de quem foi perdido.

Estas situações de luto não são frequentemente observadas na totalidade do internamento, mas algumas situações são observadas em mulheres que voltam passado pouco tempo com uma gravidez após uma situação de interrupção de gravidez, ainda com o luto não resolvido da situação anterior.

Na instituição onde exercemos a profissão de enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica, deparamo-nos frequentemente com situações de interrupção médica de gravidez, morte perinatal e de malformações fetais.

As situações de interrupção médica de gravidez sempre nos chamaram muito a atenção, pelo conjunto de situações que esta mulher/casal enfrentam e de toda a envolvimento da situação de perda e de luto que como técnicos de saúde temos de lidar:

- O cuidar na dor e no sofrimento;
- O cuidar na perda e no luto;
- As implicações éticas e deontológicas do cuidar.

Como nortear o nosso cuidar antes, durante e após a interrupção médica de gravidez. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, Nunes (2003), a/o enfermeira/o assume o dever ao cuidado perante a comunidade, como nos é referido no artigo 80º. É responsabilidade da/o enfermeira/o perante a comunidade a “promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem” (p. 83), devendo conhecer a necessidades da população e da comunidade, participar na orientação na busca de soluções para os problemas de saúde detectados e em colaboração com os outros profissionais, dar resposta às necessidades da comunidade. E na humanização dos cuidados, de acordo com o artigo 89º, dar atenção à pessoa na sua totalidade única, inserida numa família e na comunidade, de modo a contribuir para que seja propiciado um ambiente adequado ao desenvolvimento das suas potencialidades como pessoa.

Na actualidade, devido ao frenesim que a vida diária encerra, as pessoas não tem possibilidade de pensar ou dedicar algum tempo a meditar acerca das adversidades que acontecem. O lidar com as malformações, a morte, a perda e o luto em contexto de gravidez, raramente são equacionados, porque a vigilância que hoje existe dá uma confiança e certeza aos pais do seu filho vir a ser saudável.

Durante o processo de interrupção de gravidez não é efectuado o feticídio, mas é uma prática em diversos países que evita a experiência angustiante não só para os pais como para os profissionais de saúde, de verem o feto a agonizar no pós-parto imediato, em Costa et al (2006).

A forma como a informação é dada à mulher é fundamental. É dever do enfermeira/o dar informação à mulher e família como nos refere o Código Deontológico do Enfermeiro, Nunes (2003), no artigo 84º, informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado,

- a) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- b) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (p. 109).

Ela deve ser tratada de acordo com Costa et al (2006), com grande cuidado e respeito, recebendo ao mesmo tempo informações detalhadas sobre o diagnóstico do feto e sobre os procedimentos acerca de como a interrupção vai decorrer. Daí a importância da presença de uma equipa multidisciplinar nos Centros de Diagnóstico Pré-Natal, de modo a acompanhar a mulher durante este período, no internamento, no pós alta hospitalar e em gestações futuras.

Aos profissionais de saúde é exigida neutralidade e respeito pela decisão da mulher em interromper ou não a gestação, referem Costa et al (2006).

A/o enfermeira/o ao abrigo do artigo 85º do Código Deontológico de Enfermeiro,) é “obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (Nunes, 2003, p. 115).

2.11. A INTERRUPÇÃO MÉDICA DE GRAVIDEZ

A interrupção médica de gravidez é efectuada por processos químicos e/ou cirúrgicos.

O mais habitualmente utilizado é o químico, que consiste na administração de fármacos, que vão permitir evacuar o conteúdo uterino através da sua contractilidade, sendo o método de eleição. O método cirúrgico raramente é utilizado porque como nos referem Campos e Montenegro (2005), pela utilização de prostaglandinas, o esvaziamento uterino evidencia vantagens significativas em relação ao esvaziamento instrumental.

O uso de prostaglandinas é o vulgarmente utilizado, dependendo do tempo de gestação a dosagem e o veículo de utilização podem variar.

No Hospital A, inicia-se o processo com a administração de prostaglandinas em comprimidos no fundo de saco vaginal e/ou no canal cervical. Posteriormente é colocada uma dosagem terapêutica de prostaglandinas em perfusão endovenosa.

As prostaglandinas utilizadas são: o misoprostol, a dinosprostone e o sulprostone.

No Hospital B, usa-se habitualmente a administração de prostaglandinas em comprimidos que são administrados via oral e/ou com aplicação no fundo de saco vaginal. O protocolo de actuação está de acordo com o preconizado por Campos e Montenegro (2005) para a resolução médica de gravidez inviável do segundo trimestre.

- No 1º dia, administração de misoprostol até cinco aplicações de três em três horas em vinte e quatro horas;
- No 2º dia, sulprostone se não tiver ocorrido a expulsão fetal;
- No 3º dia, reiniciar sulprostone ainda se não tiver ocorrido a expulsão.

Durante a interrupção médica de gravidez o desconforto provocado pela dilatação e apagamento do colo e pela isquémia uterina são devidos às contracções uterinas. Os impulsos dolorosos são transmitidos pelo segmento T11-12 do nervo espinal e dos nervos simpáticos acessórios torácicos inferiores e lombares superiores. (Bobak, 1999).

A dor é localizada sobre a porção inferior do abdómen, irradiando para a região lombar e para as coxas. (Bobak, 1999).

A dor é atenuada ou inexistente no intervalo das contracções, apesar de que as prostaglandinas nesta situação de interrupção médica de gravidez mantém o musculo uterino sempre contraído, havendo períodos de contractilidade mais exacerbados, ao invés de no trabalho de parto, onde há necessidade de pausas para a oxigenação do feto. Esta dor é denominada de visceral.

Durante o período expulsivo a mulher sente dor somática ou perineal que resulta do estiramento dos tecidos perineais, na tracção do peritoneu e dos ligamentos uterocervicais na contracção uterina. Esta dor pode também estar associada à pressão exercida pela força expulsiva para permitir a passagem do feto, provocando pressão sobre a bexiga, intestinos e outras estruturas pélvicas. São transmitidos os impulsos dolorosos pelo S1-4 e pelo sistema parassimpático dos tecidos perineais (Bobak, 1999).

Em ambos os hospitais são prescritos analgésicos para administrar sempre que a utente manifeste dor ou desconforto.

As drogas utilizadas são, em primeira linha, o paracetamol e quando a dor é de forte intensidade a petidina que é um agonista opiáceo. O paracetamol em Clayton e Stock (2002) é um analgésico não opiáceo sintético com efeitos antipirético e analgésico. Os agonistas opiáceos são substâncias naturais semi-sintéticas e sintéticas que têm a capacidade de aliviar a dor excessiva sem perda de conhecimento. A petidina em Clayton e Stock (2002) é referido como um derivado da meperidina e deve ser administrado muito lentamente de forma a obter um nível sérico constante e um melhor controlo da dor.

O recurso a técnica de epidural é ainda pouco utilizado em ambos os hospitais, por vezes só com grande insistência das/os enfermeiras/os

especialistas de saúde materna e obstétrica, os médicos obstetras recorrem aos médicos anestesiologistas para esta técnica de analgesia. Num estudo em França de Perrotte et al (2000), nas situações de interrupção médica de gravidez em 94% das mulheres é efectuada a técnica de analgesia epidural.

Há sempre recurso nestas situações ao ensino de técnicas de relaxamento e respiratórias que por vezes não se tornam eficazes, devido à problemática que a própria interrupção médica de gravidez encerra.

Um dos riscos do uso da administração da droga opiácea é que por vezes alivia a dor provocada pela contractilidade e ao mesmo tempo pára todo o processo que estava em curso, havendo a necessidade de reiniciar tudo de novo.

CAPÍTULO II

3. ESTUDO EMPÍRICO

Sumário

1. Problemática e questões de investigação
2. Tipo de estudo e tema
3. Justificação do estudo
4. População
5. Amostra
6. Instrumento de colheita de dados
7. Limitações do estudo
8. Recolha dos dados
9. Onde decorreu o estudo
10. Procedimentos de análise dos dados

3.1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A interrupção de gravidez a que se reporta o nosso estudo é a que resulta de malformações fetais e é efectuada dentro do quadro legal consignado na legislação Portuguesa. A Lei nº 16/2007, de 17 de Abril, no seu Artigo 142º alínea c) determina que a interrupção médica de gravidez se efectua quando: “Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, exceptuando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;”.

O que propomos investigar são as vivências das mulheres submetidas a interrupção médica de gravidez por malformações fetais.

Ao trabalharmos com grávidas e família, reparamos que há constrangimento em abordar as questões relacionadas com a perda da gravidez pelos profissionais de saúde. Segundo Gameiro (2006), os profissionais de saúde tendem a ter dificuldade para lidar com pessoas em sofrimento. Refere o mesmo autor que estes adoptam atitudes de defesa, que designa de blindagem, para se refugiarem nos gestos técnicos e “em evasivas ou em discursos e comportamentos estereotipados, muitas vezes a despropósito (ex.: tenha calma! Tudo se resolve ... É preciso muita coragem – sem ter escutado o doente nem saber a natureza do seu problema)” (p. 136). Ainda para Gameiro (1999), esta atitude vai agravar mais a mágoa do utente. Nos profissionais atentos a esta problemática do alívio da dor e do sofrimento, há como que “uma noção de impotência e de frustração” (p. 136).

Cuidamos destas mulheres e famílias ao longo de todo o processo de internamento hospitalar para a interrupção da gravidez. O percurso a que estas mulheres são submetidas desde a descoberta da malformação fetal, sempre nos sensibilizou e no nosso ideário foi crescendo a intenção de investigar esta problemática. O nosso cuidar na dor e no sofrimento vividos por estas mulheres e famílias, não nos tornam insensíveis a estes problemas, pelo contrário, impele-nos na busca de ajuda nestas situações. Ou seja, há como que uma partilha e uma tentativa de disponibilizar recursos e informação.

A dificuldade em abordar esta situação com a mulher e família no que se refere ao envolvimento por parte dos profissionais, para juntos ultrapassarem a situação, nem sempre é fácil. Por um lado, a problemática de dor que a interrupção médica de gravidez envolve, o sofrimento e a perda que encerram, e a invisibilidade com que o sofrimento é encarado na nossa sociedade. De acordo com Georges (2002), o sofrimento é um fenómeno essencialmente modelado e definido pelo ponto de vista masculino, como um acto de estoicismo. A resignação perante estas situações tomada por estas mulheres e famílias, que tendem esconder a sua situação como algo negativo, é encarado como um refúgio solitário a ser vivido pela própria mulher que viveu a interrupção médica de gravidez.

A mulher e família a maior parte das vezes estão pouco esclarecidas acerca dos procedimentos a que vão ser submetidas: quanto tempo vai demorar, onde vai decorrer e que passos vão ser dados. Para umas todo o processo é célere, para outras demorado e penoso, chegando a decorrer ao longo de uma semana de internamento.

É em todo este dilema que nós somos no fundo impelidos. Não havendo procedimentos aferidos para estas situações, temos ao longo dos anos criado e adaptado mecanismos que nos dão subsídios importantes na abordagem destas situações.

Nestes trajectos surgiram-nos várias interrogações para a investigação:

- O que experimentam estas mulheres quando confrontadas com a malformação fetal?
- Como percebem todo este processo: sentem dor? Ou sofrimento?
- Como decorre este processo. Há perda? Há Luto?
- Como conseguem enfrentar todo este processo complexo?

É desta experiência e desta busca que tentamos interpretar, descrever e ao mesmo tempo dar a conhecer esta preocupação, acerca desta problemática pouco estudada e para a qual nos propusemos abraçar nesta investigação.

Procurar a essência do fenómeno em estudo:

- compreender a interrupção médica de gravidez pelos aspectos da dor e do sofrimento;
- as emoções associadas à tomada de decisão de interromper a gravidez por malformações fetais;
- os aspectos resultantes da angústia;
- as expectativas da espera pelos resultados da amniocentese;
- do anúncio da malformação do feto;
- da espera até se tomar a decisão de interromper a gravidez;
- depois todo o internamento no hospital para ser efectuada a interrupção médica de gravidez através de processos químicos.

Durante o internamento compreender todo a vivência da mulher perante esta situação de expulsar o feto. Como reage à dor, se tem sofrimento. Após a alta hospitalar o que acontece com a sua chegada a casa, descrevendo todo este até ao seu regresso à actividade profissional.

O objectivo do estudo é conhecer, interpretar, descrever e compreender toda a problemática de como a mulher vive, enfrenta e decide todo este longo percurso, ao ver-se envolta neste quadro de interrupção médica de gravidez. Com base neste pressuposto e tendo por alicerce o estudo das experiências humanas, a sua interpretação e descrição, optamos por uma abordagem de investigação qualitativa.

Para investigar esta temática e, como em qualquer tipo de investigação torna-se essencial explicitar o plano ou desenho da investigação.

De acordo com Fortin (1999), o plano ou desenho da investigação destina-se a colocar em ordem um conjunto de actividades de modo a permitir ao investigador a persecução do seu projecto. O plano encerra a espinha dorsal sobre o qual “virão enxertar-se os resultados da investigação” (p.131).

3.2. TIPO DE ESTUDO E TEMA

A abordagem de investigação que delineámos para esta pesquisa insere-se na metodologia qualitativa. Permite que se estudem as experiências destas mulheres e envolve ao mesmo tempo o investigador, uma vez que este procura, como diz Polit e Hungler (1995), “abarcando aquelas pessoas cuja experiência está sendo estudada” (p. 270).

A decisão de usar um método qualitativo surgiu, porque de acordo com Fortin (1999), o estudo se reporta a “exploração da experiência humana” (p. 138).

Segundo Richard e Cook, citado por Carmo (1998), o paradigma qualitativo assume uma realidade dinâmica e interessa-se também por “compreender a conduta humana a partir dos próprios pontos de vista daquele que actua” (p. 177). Este último é o que mais se adequa para este trabalho, porque como nos refere Fortin (1999), “O investigador que utiliza este método de investigação qualitativa está preocupado com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo... o objectivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar” (p. 22).

Para Streubert e Carpenter (2002), o fenómeno em estudo encerra muitas complexidades, cada mulher relata a sua vivência dos factos, logo existem muitas realidades, que com esta abordagem vai possibilitar compreender o fenómeno em estudo de diversos modos. Os mesmos autores afirmam que os investigadores qualitativos ao terem relatos de experiências diversas “não subscrevem uma única verdade, mas antes, muitas verdades” (p. 18).

A investigação qualitativa para Flick (2005), tem os horizontes alargados para vários domínios científicos, porque ela possibilita ao investigador a análise de casos concretos, observando as particularidades inerentes ao espaço e ao tempo, tendo como ponto de partida as manifestações e as actividades das pessoas no seu modo de vida próprio. As mudanças operadas a nível social

levam ao aparecimento de novos universos de vida e consequentemente para os investigadores novos contextos sociais e novas perspectivas.

De acordo com Polit e Hungler (1995) os investigadores “recolhem e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjectividade dos seres humanos.” (p. 270)

A informação, ao ser recolhida, deverá ser efectuada de forma espontânea.

Existem poucos conhecimentos sobre o fenómeno em estudo, daí o nosso estudo ser um estudo exploratório e descritivo. De acordo com o objectivo desta investigação optámos, por um estudo de orientação fenomenológica.

A orientação fenomenológica de acordo com Streubert e Carpenter (2002) citando Blumensteil é “o truque de fazer as coisas cujo significado parece claro, não ter sentido, e então, descobrir o que significam” (p. 51). O objectivo da pesquisa fenomenologia é para as mesmas autoras, o descrever as experiências vividas no quotidiano. A enfermagem como ciência, assenta num cuidar holístico, em que o utente é atendido enquanto ser humano detentor de um espírito, um corpo e uma mente.

O investigador fenomenológico vai apropriar-se para o seu estudo das experiências de vida das participantes sejam estas o medo, a felicidade, a raiva, a dor, o sofrimento, entre outros.

O estudo fenomenológico para Fortin (1999) visa a compreensão de um fenómeno, e permite “extrair a sua essência do ponto de vista daqueles que vivem ou viveram essa experiência” (p. 148). O estudo dos fenómenos consiste na descrição do... universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica” (p. 149).

Para Polit e Hungler (1995), é um método de pensamento em que se estuda “as experiências de vida das pessoas” (p. 272).

O papel do investigador em Fortin (1999), consiste em aproximar-se do fenómeno em estudo, descrevê-lo na palavra dos participantes na investigação, explanando e comunicando os resultados da forma mais fiel possível.

Ao investigador cabe descrever os fenómenos como são percebidos, sem ideias preconcebidas e sem juízos de valor, que no entender de Carmo (1998) “a investigação qualitativa é descritiva.” (p. 180).

Segundo nos refere Fortin (1999), os estudos descritivos “fornecem uma descrição dos dados, seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relação entre variáveis” (p. 135).

Nos estudos exploratórios-descritivos devido à existência de pouca bibliografia nessa área, descobrem-se e clarificam-se conceitos, que de acordo com Fortin (1999) “este elemento deverá ser mais elaborado do que se a questão for colocada a outro nível” (p.69).

Trata-se, de acordo com Ribeiro, (1999), por “observar o que acontece na natureza sem manipulação de variáveis: estamos a explorar a realidade” (p. 25). O tipo de estudo descritivo, de acordo com Aday, citado por Ribeiro (1999) é utilizado porque “não se pretende explicar porque é que ocorrem determinados fenómenos. O investigador somente apresenta o que encontrou” (p. 25). Neste aspecto, também nos refere Carmo (1998) que “a descrição deve ser rigorosa e resultar directamente dos dados recolhidos” (p. 180).

Para Ribeiro (2007), os estudos descritivos fornecem informação acerca da população em estudo e podem ser: transversais, de comparação de grupos ou longitudinais. O nosso estudo vai ser longitudinal, porque de acordo com o mesmo autor, foca mais de um grupo “que no decorrer do tempo são submetidos a determinados procedimentos ou não. Os dados são recolhidos em vários momentos do período de estudo” (p. 52).

Na investigação qualitativa não existe preocupação em se encontrar resultados susceptíveis de generalizações, mas sim, “de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados” (p. 181), de acordo com Bogdan e Biklen, citados por Carmo (1998).

O percurso até aqui teve vários momentos de indagação, e como nos refere Polit e Hungler (1995) “Qual é a essência deste fenómeno tal como ele é vivenciado por essas pessoas?” (p. 272).

Uma mão cheia de nada é uma metáfora, mas que no nosso trabalho encerra uma realidade viva. Trata-se de uma experiência dura. Que produz

muita angústia e desespero para mulheres e técnicos, os quais que no dia-a-dia lidam com estas situações de crise. Ao invés destas situações, os profissionais encontram-se mais habituados a conviver com a vida e alegria que pulula nas salas de parto.

A todas as mulheres que tiveram uma mão cheia de esperança e alegria e que se viram um dia confrontadas com uma mão cheia de nada, serão os seus relatos a nossa fonte nesta área de pesquisa. As palavras de uma participante foram a chave para a escolha deste título para a dissertação *“Agora tinha chegado a casa e não tinha nada”*. É neste trabalho que desembocamos com o título:

- ***Uma mão cheia de nada***

Com o subtítulo de:

- *Vivências da mulher submetida a interrupção médica de gravidez por malformações fetais.*

3.3. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A análise desta problemática sobre o fenómeno em estudo possibilitará aprofundar conhecimentos e ter uma maior compreensão do significado que as mulheres submetidas a interrupção médica de gravidez por malformações fetais lhes atribuem e, ainda compreender a natureza deste acontecimento que trespassou o seu caminho, como fenómeno vivido de forma diversa, por cada uma das mulheres, quer na sua tomada de decisão, quer no desenrolar do próprio fenómeno.

A intenção de investigar esta área tem como propósito a compreensão do fenómeno vivido por estas mulheres e descrever as suas vivências ainda tão pouco estudadas.

De acordo com o nosso título *Uma mão cheia de nada*, procuramos estudar e descrever os sentimentos e emoções das mulheres que participam no nosso estudo e deixar uma porta aberta para novos estudos nesta temática.

3.4. POPULAÇÃO

A população do estudo foi constituída por grávidas, que interromperam a gravidez por malformações fetais em dois hospitais da área de Lisboa.

A população alvo, é de acordo com Polit e Hungler (1995), constituída por todas as grávidas que recorreram aos dois hospitais para efectuar a interrupção média da gravidez. A população de acesso, segundo as mesmas autoras refere-se “aqueles casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que são acessíveis ao pesquisador como um grupo de indivíduos para o estudo” (p. 143), no período em que decorreu a pesquisa.

A população é definida por Carmo e Ferreira (1998), como “o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição ... com uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferem de outros conjuntos de elementos” (p. 191).

Na mesma linha de pensamento Fortin (1999), refere-nos que “uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (p. 202), em que o elemento ou sujeito é “a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida” (p. 202).

Ainda segundo Norusis, citado por Ribeiro (1999), designa população por “as pessoas ou objectos acerca dos quais se pretende produzir conclusões” (p.52).

A população é constituída por mulheres para interrupção médica da gravidez, que recorrem aos Hospitais A e B, locais de trabalho do investigador, como enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica, o que lhe possibilitou uma maior acessibilidade. As mesmas serão apresentadas mais adiante e, pormenorizadamente, nesses dois locais onde decorreu o estudo.

Para além dos aspectos referidos, ao fazer-se o estudo em dois hospitais, este possibilita apresentar duas realidades diferentes, tanto a nível de actuação, como de área de influência, e logo, uma maior riqueza de experiência

3.5. AMOSTRA

Os participantes na investigação é-nos indicado segundo Ribeiro (1999), por “quem participa no estudo (a população ou o universo), quantos são e como foram seleccionados (amostra)” (p. 32).

Como as malformações fetais não escolhem idades, não estabelecemos nenhum patamar para as idades, apenas que fossem maiores de 18 anos de idade.

Inicialmente estabelecemos que a nossa amostra seria entre seis e dez participantes. O número ideal para a investigação depende segundo Ribeiro (1999), do “contexto onde a amostra é recolhida” (p. 57). Ainda segundo o mesmo autor citando Polgar e Thomas, não existe um número mágico “que possa ser considerado o número óptimo” (p. 57). O que determinou o número de participantes foi a necessidade de planificação para a colheita dos dados, porque as interrupções médicas de gravidez por malformações fetais ocorrem de forma inopinada, não se conseguindo prever atempadamente a sua ocorrência e o número de casos.

A amostra que se pretende estudar, prende-se com o estudo que se pretende realizar. A amostra de acordo com Polit e Hungler (1995) consistem num subconjunto de indivíduos que compõem a população.

A amostra foi constituída, como nos diz Fortin (1999), de forma accidental em oito dos indivíduos, tendo por base as participantes que acederam aos serviços para fazer a interrupção médica de gravidez por malformações fetais. Esta amostra accidental é do tipo não probabilístico e os elementos que a compõem fazem parte da amostra em virtude da sua presença para o estudo ocorrer num dado local e num dado momento.

Ao optar-se por uma amostra não probabilística accidental, exige-se rigor na apresentação e descrição dos factos de modo a que como nos referem Carmo e Ferreira (1998) “os dados obtidos estejam de acordo com o que os indivíduos dizem e fazem” (p. 197).

Como o investigador não tinha acesso a toda a população optou por uma amostragem não probabilística, que de acordo com Fortin (1999) “é um processo segundo o qual cada elemento da população não tem a probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (p. 208).

Dois dos principais métodos de amostragem não probabilística são segundo Fortin (1999), a “amostragem accidental... e a amostragem por selecção racional” (p. 208). A amostragem por selecção racional também designada por intencional.

Esta selecção teve em consideração o estudo como fenómeno pouco estudado e não haver pouco referencial teórico nesta área. Como trabalhamos nos dois locais onde o estudo decorreu, tínhamos a facilidade de saber quando estas interrupções ocorriam.

Fazem parte da nossa amostra quatro participantes do Hospital A e quatro do Hospital B, a quem foi solicitada a participação no estudo durante o decurso da interrupção médica de gravidez. A sua participação decorreu em dois momentos distintos:

- O primeiro momento durante o internamento antes da alta hospitalar.
- O segundo momento num período de tempo após a alta hospitalar.

Fazem ainda parte da amostra duas participantes que já tinham sido submetidas a interrupção médica de gravidez há mais de dois anos e que darão uma perspectiva mais distante da problemática que viveram. As suas entrevistas são retrospectivas, o investigador segundo Fortin (1999) liga o fenómeno actual a outro já anterior onde os factos recolhidos são posteriores à sua ocorrência. Esta amostra destas duas é intencional ou racional segundo Fortin (1999), porque permite estudar e compreender melhor o fenómeno em função do seu carácter típico. Estas efectuaram as interrupções médicas da gravidez a primeira no Hospital A e a segunda no Hospital B, designados por HA e HB.

| |
|---|
| Tabela 6 - População do estudo e locais onde decorreu a interrupção médica de gravidez |
|---|

| Participantes | Local da interrupção médica de gravidez |
|---------------|---|
| E1 | HB |
| E2 | HB |
| E3 | HA |
| E4 | HA |
| E5 | HB |
| E6 | HB |
| E7 | HA |
| E8 | HA |
| M1 | HA |
| M2 | HB |

Definimos atribuir aos indivíduos da amostra letras seguidas de números para os identificar. As mulheres que participaram em ambos os hospitais nas entrevistas, foram designadas de E1 a E8, as duas que relataram a memória da sua experiência por M1 e M2.

Assim a amostra em estudo é composta por dez mulheres que realizaram interrupção médica de gravidez por malformações fetais.

Não excluimos dois elementos, a E2 e a E5, as quais não fizeram parte do segundo momento da entrevista, porque os seus testemunhos eram importantes para o estudo. De igual forma o motivo pelo qual as mulheres adiaram a sua participação ser importante de se referir, bem como a razão da sua renúncia no segundo momento da entrevista.

3.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

De modo a avaliar a dor e o sofrimento várias possibilidades foram equacionadas e investigadas. Este processo muito extenso e complexo, não nos possibilitava acompanhar todo o seu desenrolar desde o Centro de Diagnóstico Pré Natal, passando pelo internamento e durante ao processo de interrupção médica de gravidez. Optámos assim por abordar as mulheres antes de saírem com alta para o domicílio quando parte do processo já estava terminado.

Após o contacto e a aceitação em participar na investigação, colhíamos dados no processo referentes a dados sócio-demográficos, administração de analgésicos e manifestação de quadro doloroso durante este processo no internamento.

3.6.1. A ENTREVISTA

Tratando-se o estudo qualitativo de orientação fenomenológica, tenta-se obter descrições do fenómeno em estudo, para se encontrar a essência do fenómeno sobre a dor e sofrimento das mulheres submetidas a interrupção médica de gravidez por malformações fetais. O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista, que de acordo com Fortin (1999), “ é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (p.245).

Para as entrevistas procedemos primeiro a um contacto precoce tendo em vista fazer um convite respeitando as regras éticas para a participação destas no trabalho de pesquisa durante o seu internamento.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992) a entrevista é especialmente direccionada para a investigação que se pretende. A entrevista focaliza uma análise do sentido que o indivíduo dá à sua prática, aos seus valores, às suas

referências normativas, às suas interpretações de situações conflituosas, à análise dum problema específico, a reconstituição de um processo de acção ou de uma experiência. Ainda segundo os mesmos autores, a entrevista tem como função principal “revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si” e que servem também para “encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho, e não para verificar hipóteses preestabelecidas” (p. 67-68).

3.6.1.1. PRIMEIRO MOMENTO DA ENTREVISTA

O objectivo deste primeiro momento da entrevista permite verificar as dificuldades sentidas pelas mulheres após a notícia da malformação fetal e durante o internamento hospitalar. A entrevista utilizada é semi-estruturada, porque permite que os dados colhidos sejam afirmações concretas sobre o assunto em estudo (Flick, 2005).

A construção do guião da entrevista decorreu da experiência profissional com estas situações no ciclo reprodutivo das mulheres, ao longo de dez anos, através de pesquisa bibliográfica e várias entrevistas a informadores privilegiados. O guião da entrevista serve para apoiar e dar uma nova orientação à entrevista (Flick, 2005).

O guião sofreu algumas alterações após a validação com a nossa orientadora, tendo-se verificado a necessidade de alterar e melhorar algumas questões. Foi submetido a pré teste e permitiu:

- treinar a utilização do equipamento áudio na entrevista;
- validar e clarificar as questões, assim como a sua pertinência;
- prever a duração da entrevista.

Foi-nos possível verificar que o nosso equipamento de gravação áudio não permitia transcrever a entrevista com qualidade, por má percepção da voz gravada, pelo que tivemos de adquirir um novo gravador, que nos possibilitasse a transcrição das entrevistas. Colocámos ainda novas questões que permitiram clarificar e validar alguns aspectos da entrevista.

Nos quadros seguintes serão apresentados os dois momentos de colheita de dados. No primeiro quadro os dados são referentes a indicadores para caracterizar a amostra, dados sócio-demográficos e as questões do primeiro momento da entrevista.

Neste primeiro momento de colheita de dados, participaram oito elementos da população em estudo.

Do lado esquerdo do quadro podemos observar dados referentes à caracterização da amostra e dados sócio-demográficos. Do lado direito, as questões que nos guiaram no primeiro momento na elaboração da entrevista. Estas oito questões nem sempre foram colocadas nesta ordem, nem foram efectuadas na totalidade, porque as entrevistadas respondiam a maior parte das vezes espontaneamente sem serem inquiridas.

Tabela 7 - Caracterização da amostra e Questões do Primeiro Momento

| Caracterização da amostra | Questões do Primeiro Momento |
|-----------------------------------|--|
| Idade | Como viveu a notícia desta gravidez? |
| Escolaridade | A gravidez foi planeada e desejada? |
| Situação socioprofissional | Tem alguma situação semelhante na família? |
| Índice Obstétrico | Como é que esta situação foi descoberta? |
| Motivo da interrupção da gravidez | Fale do momento de quando foi confrontada com a malformação do feto. Descreva o que sentiu? |
| Tempo de gestação | Teve alguma ajuda dos técnicos envolvidos? |
| Local de vigilância da gravidez | Até ao momento o que sentiu de mais positivo e/ou negativo em todo o processo? |
| | Na sua opinião o que deveria ser feito ou alterado para ajudar as senhoras aqui internadas como a senhora? |

Durante o primeiro momento de entrevista foi solicitado às mulheres que nos referirem a dor sentida durante o processo de interrupção médica no internamento. Foi-lhe pedida uma avaliação da dor:

- no início da interrupção, se já estava presente;
- quando lhe foram colocadas as prostaglandinas no fundo de saco posterior da vagina, prostaglandinas E1 designado Misoprostol ou E2 denominada Dinoprostona;

- nos casos em que iniciaram prostaglandinas endovenosas, designada Sulprostona;
- durante o período expulsivo.

A administração dos analgésicos são prescritos no Hospital A em SOS e no Hospital B sempre que a mulher está queixosa a/o enfermeira/o responsável pela utente solícita a prescrição de analgésicos à equipa médica, se não houver prescrição anterior. No Hospital A compete ao enfermeira/o especialista de saúde materna e obstétrica a decisão de administrar os analgésicos que estão prescritos em SOS, pela avaliação da dor e pela avaliação obstétrica da mulher.

3.6.1.2. SEGUNDO MOMENTO DA ENTREVISTA

Foi planeado fazer o segundo momento de entrevista passado um mês após a alta hospitalar, o que se tornou impraticável por as participantes não se sentirem disponíveis para o efeito ou referirem não se sentirem em condições de se submeterem a essa entrevista. Deixaram sempre a possibilidade de serem contactadas mais tarde ou que nos contactariam telefonicamente, assim que sentissem essa vontade.

Em média, foram efectuados os segundos momentos da entrevista passados dois a três meses após a alta hospitalar. Num dos casos só foi possível passados cinco meses.

Como os casos de interrupção médica não são frequentes e como já tínhamos obtido a primeira entrevista achamos importante ter um segundo momento para sabermos como tinha sido a sua adaptação à chegada ao domicílio e mais tarde a reacção com as pessoas e amigos, bem como o retorno à actividade profissional.

Neste quadro, encontram-se as sete questões que serviam de base à nossa entrevista, que não seguiam geralmente esta ordem, nem eram por vezes colocadas, pelo facto das participantes responderem na continuação do seu discurso de forma espontânea.

Tabela 8 - Questões do Segundo Momento da entrevista

Como se tem sentido após a alta hospitalar. Fale-me de como se sentiu e como reagiu quando chegou a casa?
Pode dizer-nos quando é que sentiu mais dor ou sofrimento:
No início?
Quando esteve internada?
Ou em casa?
Como se sente agora?
Quando se fala da sua experiência, o que sente?
Tem tido ajuda de alguém. Fale-me da sua experiência?
Esteve de baixa. Agora já está a trabalhar. Como tem reagido?
Que conselhos e recomendações gostaria de deixar para outras mulheres em situações semelhantes?

Este segundo momento ocorreu nos últimos meses de 2006 e no início de 2007, e foi efectuado apenas a seis participantes.

3.6.1.3. MEMÓRIAS DE INTERRUPÇÃO MÉDICA DE GRAVIDEZ

A entrevista realizada a dois elementos que tiveram experiências de interrupção médica de gravidez há mais de dois anos, segundo Fortin (1999), enquadra-se na designada intencional. A sua selecção possibilita com estes casos particulares “estudar fenómenos raros e inusitados; pode contribuir para uma melhor compreensão destes fenómenos” (p. 209).

Achamos importante realçar a vivência da interrupção médica de gravidez com estes dois casos que já ocorreram num período de tempo mais alargado.

As duas entrevistadas foram contactadas e convidadas a participar no estudo ao qual acederam.

Não foi efectuado guião de entrevista, por terem sido utilizadas questões dos dois momentos, não seguindo a mesma sequência que tinha sido utilizada nos guiões anteriores. A entrevista ainda conseguiu ser mais frutuosa pela experiência entretanto adquirida com as anteriores.

As entrevistas decorreram no final do ano de 2006.

3.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação principal, o facto de ter sido a primeira abordagem à investigação qualitativa do investigador.

O curto espaço de tempo para a realização do trabalho de campo e a existência de poucas utentes adequadas ao estudo no período da elaboração do mesmo.

O facto de ter havido duas participantes a quem não foi possível efectuar o segundo momento da entrevista, porque protelaram a execução das mesmas.

Pouca disponibilidade de tempo por parte do investigador, pelos seus afazeres profissionais e pessoais.

3.8. RECOLHA DE DADOS

Os dados foram obtidos através da entrevista, por intermédio da consulta do processo clínico, de dados estatísticos no sistema informático, bem como de informações do pessoal dos Centros de Diagnóstico Pré Natal.

Para a recolha dos dados foi pedida autorização escrita, em ambos os hospitais à Direcção de Enfermagem. No Hospital A foi autorizado pela Directora do Hospital, em meados de Maio de 2006. No Hospital B, foi autorizada pela Comissão de Ética, em início de Julho de 2006. No Hospital A foi pedida a prorrogação do prazo para efectuar as duas entrevistas que faltavam, facto este que foi autorizado pela Direcção de Enfermagem.

Por razões éticas e de confidencialidade não apresentamos em anexo as autorizações para a realização da investigação, como outros dados recolhidos que possam colocar em causa o anonimato das participantes.

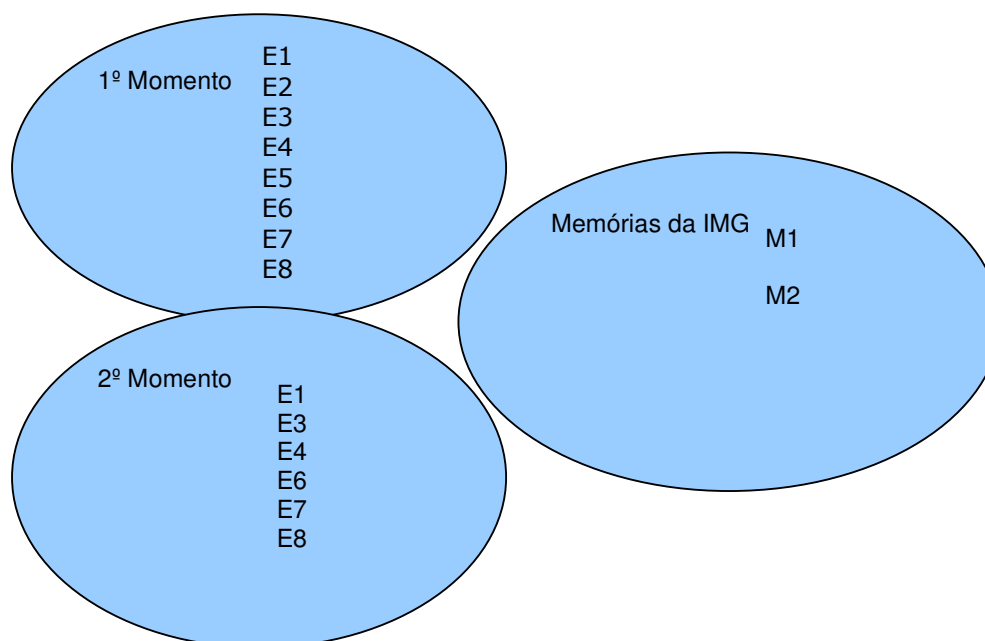
As entrevistas ocorram sempre fora do horário laboral do investigador e em local que possibilitasse a privacidade e confidencialidade da entrevista.

Foi elaborado um documento para o consentimento informado (Anexo A), que foi entregue às participantes e foi explicado não só o âmbito do estudo, como as entrevistas seriam gravadas em registo áudio e que se destinavam exclusivamente ao trabalho. Este consentimento informado e o guião da entrevista acompanharam o pedido de autorização às Direcções de Enfermagem de ambos os hospitais.

Foi entregue em duplicado o consentimento informado, tendo ficado um apenso ao guião da entrevista, assinado pela própria na posse do investigador, a autorizar a realização da mesma.

A colheita de dados ocorreu em dois momentos nas participantes E1 a E8, excepto a E2 e E5, que só participaram no primeiro momento de entrevista.

Tabela 9 - Participantes no primeiro e segundo momentos da entrevista e memórias de interrupção médica de gravidez



Uma vez identificada a grávida, apresentávamos o trabalho que estávamos a desenvolver e assegurávamos a sua confidencialidade e procurávamos saber se não se opunham à colheita de dados por gravação áudio. Como nos referem Ghiglione e Matalon (1993), houve sempre a preocupação de anunciar a duração da entrevista e o local onde esta se realizaria.

O local da realização das entrevistas foi em gabinetes existentes nos serviços dos referidos hospitais onde estavam internadas ou nas unidades de internamento, quando estas eram individualizadas e permitiam a privacidade e a entrevista sem intromissões de terceiros.

A colheita dos dados ocorreu sempre antes das participantes terem alta para o domicílio, depois de todos os actos médicos e cirúrgicos terem ocorrido. Os dados foram sempre colhidos tendo em conta a privacidade da utente, e a possibilidade da entrevista ser áudio-gravada.

O entrevistador deve deixar o entrevistado falar livremente, apenas interferindo para encaminhar a entrevista na direcção dos objectivos do estudo.

No que se refere às condições interpessoais, estas estão relacionadas com a capacidade do entrevistador abordar os temas sem induzir uma resposta, já que como nos referem Ghiglione e Matalon (1993), a pessoa “não é livre de dizer o que quer, na medida em que é condicionada por elementos que compõem o que se convencionou chamar a situação da entrevista” (p. 76).

A primeira entrevista de colheita de dados ocorreu sempre em ambiente hospitalar. Nesta altura foi questionada a disponibilidade para o segundo momento de encontro, o qual sofreu o acordo da utente, assim como o local para efectuar a entrevista.

Há ainda a referir a colheita dados a duas mulheres que fizeram interrupção médica de gravidez há mais de dois anos, sobre as quais incide um único momento de colheita de dados. O recurso a estes dois elementos ficou a dever-se a correspondência entre as suas características e as questões de investigação do estudo.

A colheita de dados decorreu durante os meses de Julho e Agosto de 2006, em meio hospitalar. Que foi designado por primeiro momento de entrevista. Como até ao final do ano três das participantes continuavam sem se disponibilizarem para o segundo momento da entrevista, foi solicitada a colaboração a outras duas mulheres no início do ano de 2007 para participarem no estudo.

Não foi efectuada selecção das mulheres para a entrevista, uma vez que foram poucos os casos ocorridos. Houve uma situação que não foi possível realizar a entrevista por não ter havido disponibilidade do investigador antes da utente sair com alta.

Através da entrevista, o investigador tem a possibilidade de compreender a experiência individual de cada uma e a forma como elas a interpretam para a sua realidade.

No segundo momento, o investigador teve a oportunidade de verificar as dificuldades sentidas na chegada a casa e o início da actividade profissional e ainda comparar qual foi a maior dor e sofrimento experimentados pela mulher, e como foi manifestada desde o início até ao momento da segunda entrevista.

A entrevista designada por memórias da interrupção médica de gravidez, foi realizada a duas mulheres submetidas há dois anos e quatro anos respectivamente. O objectivo da colheita destes dados foi o de abordar a experiência que estas duas mulheres tiveram há mais tempo, bem como partilhar do seu testemunho de vida até ao presente.

3.9. ONDE DECORREU O ESTUDO

Os dois locais onde decorreu o estudo foram designados por Hospital A e Hospital B. Apresentaremos de forma sucinta ambos os locais.

3.9.1. HOSPITAL A

O Hospital localiza-se na região da Grande Lisboa, é um hospital central com cuidados de saúde especializados no atendimento à grávida e família.

São atendidas geralmente as grávidas:

- da área de influência do Hospital A, referenciadas pelos centros de saúde;
- as que são seguidas na gravidez por médicos que prestam serviço no hospital;
- as que são transferidas de outros hospitais;
- as enviadas por médicos privados.

Durante o ano de 2006 foram efectuadas 1630 consultas no centro de Diagnóstico Pré-Natal e 391 amniocenteses.

O total de partos foi de 3009. O número total de interrupções médicas de gravidez foi de 18 o que corresponde a uma taxa de 6‰.

As causas das interrupções médicas de gravidez são devidas em grande número a cromossomopatias, com o número total de oito.

Tabela 10 - Total de Partos, amniocenteses, consultas de DPN e ecografias do Hospital A

| 2006 | |
|------------------------------|-------|
| Nº Total de Partos | |
| Nº Total de amniocenteses | 3009 |
| Nº Total de Consultas de DPN | 391 |
| Nº Total de Ecografias | 1630 |
| | 10115 |

De acordo com o médico obstetra responsável pelo centro de diagnóstico pré-natal, em cinco anos de funcionamento só uma utente recusou efectuar a interrupção médica de gravidez com o diagnóstico de trissomia 21, tendo ocorrido a morte do feto *in útero* às 35 semanas de gestação. Para se proceder à interrupção médica de gravidez o médico obstetra/ecografista elabora um pedido fundamentado sobre a causa da interrupção médica de gravidez.

Este pedido é endereçado à Comissão Técnica de Certificação, que emite o parecer favorável ou desfavorável. Esta comissão certifica as interrupções médicas de gravidez é composta por três ou cinco médicos, de acordo com a Portaria nº 741-A/2007, de 21 de Junho, artigo 20º nº 2. Podendo, em caso de dúvida pedir parecer a outros técnicos.

A comissão técnica de certificação é composta por um médico obstetra, um médico obstetra ecografista e um neonatologista.

Durante o ano de 2003 foram solicitados 2 pareceres à comissão de ética por dois pedidos de interrupção médica de gravidez por duas progenitoras, portadoras de fetos com doenças de Huntington e outro com doença de Machado Joseph, com pareceres desfavoráveis.

Durante o ano de 2006 foram dados 3 pareceres desfavoráveis para a interrupção médica de gravidez, por não se enquadrarem dentro do quadro legal.

De acordo com o preconizado pelo Despacho nº 10325/99 (2ª série) de 25 de Maio, no que se refere aos recursos humanos mínimos, este centro funciona de acordo com o preconizado. O centro de diagnóstico funciona com:

- Quatro médicos obstetras/ecografistas;
- Um médico obstetra que é responsável pela consulta de diagnóstico pré-natal;
- Um médico Neonatologista que faz consulta de fetopatologia e faz aconselhamento de risco genético. Sempre que é dado conhecimento à mulher/casal de uma malformação grave, o Neonatologista está presente;

- Tem apoio de um médico cardiologista pediátrico;
- Apoio do Laboratório do Hospital no rastreio bioquímico;
- Uma enfermeira que faz consulta de enfermagem. É de salientar que a enfermeira não é especialista de saúde materna e obstétrica, mas tem larga experiência nesta área da Genética Médica;
- Uma secretária administrativa;
- Duas auxiliares de acção médica.

Neste centro não existe nenhum geneticista para acompanhar as grávidas, por não existir área funcional de genética, existindo protocolos com outras instituições.

Existe articulação entre a consulta e o Serviço de Psiquiatria de Ligação, que acompanha a mulher e família sempre que solicitado.

O Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Hospital faz rastreio bioquímico a todas as grávidas da comunidade.

As instalações são independentes da consulta externa de obstetrícia e com autonomia própria.

Os recursos e equipamentos estão de acordo com o legislado pelo despacho 18335/2000, (2ª série), de 9 de Setembro, para o funcionamento dos centros de diagnóstico pré natal.

A admissão destas mulheres para internamento, é efectuado para o Serviço de Medicina Materno Fetal, havendo quatro quartos individuais, de uso prioritário para estas situações. Estas só se deslocarão de cama ao Bloco de Partos durante o período expulsivo e se for necessário para efectuar curetagem uterina. O período final do internamento ocorre no serviço de ginecologia até à alta para o domicílio.

3.9.2. HOSPITAL B

O Hospital B localiza-se na região da Grande Lisboa, é um hospital central com cuidados de saúde especializados no atendimento à grávida e família.

São atendidas geralmente as grávidas:

- da área de influência do Hospital, referenciadas pelos centros de saúde;
- as que são seguidas na gravidez por médicos que prestam serviço no hospital;
- as que são transferidas de outros hospitais;
- as enviadas por médicos privados.

Durante o ano de 2006 foram efectuadas as consultas no centro de Diagnóstico Pré-Natal e as amniocenteses, só que não existem registos rigorosos acerca destes dados, pelo qual não serão apresentados.

O total de partos foi de 4025. O número total de interrupções médicas de gravidez foi de 21, o que corresponde a uma taxa de 5‰.

As causas das interrupções médicas de gravidez são devidas em grande parte a cromossomopatias, com o número total de catorze.

Para se proceder à interrupção médica de gravidez o médico obstetra/ecografista elabora um pedido fundamentado sobre a causa da interrupção médica de gravidez. Este pedido é endereçado à Comissão técnica de certificação, que emite o parecer favorável ou desfavorável.

De acordo com o preconizado pela legislação em vigor o centro de diagnóstico pré-natal funciona com:

- Quatro médicos obstetras/ecografistas;
- Três médicos obstetras na consulta de DPN;
- Um médico geneticista obstetra;

- O pessoal de enfermagem, administrativo e auxiliar de acção médica, dão apoio em simultâneo à consulta de obstetrícia do hospital. Não existe consulta de enfermagem.

Existe articulação entre a consulta e o Serviço de Psiquiatria de Ligação que acompanha a mulher e família sempre que solicitado.

A consulta externa de obstetrícia funciona nas mesmas instalações.

Os equipamentos ecográficos estão de acordo com a legislação em vigor para o funcionamento dos centros de diagnóstico pré natal.

A comissão técnica de certificação que certifica as interrupções médicas de gravidez é composta por três elementos, de acordo com a Portaria nº 741-A/2007. Podendo em caso de dúvida pedir parecer a outros técnicos.

A comissão técnica de certificação é composta por um médico obstetra geneticista, um médico obstetra ecografista e um neonatologista geneticista.

Quando a mulher é internada a sua admissão é efectuada na Urgência Obstétrica onde permanece numa unidade de 3 ou 4 camas onde decorre todo o processo de interrupção médica de gravidez. Esta unidade onde elas permanecem, é o local onde são internadas utentes de ginecologia, com aborto espontâneo, retido, em evolução ou provocado.

As grávidas e parturientes encontram-se no Bloco de Partos sendo este contíguo a estas unidades, ouvindo-se todo o ruído de fundo provocado pelo mesmo, durante toda a sua permanência.

Após os tratamentos médicos e cirúrgicos inerentes à interrupção médica de gravidez as mulheres são transferidas para o serviço de ginecologia de onde terão alta para o domicílio.

3.10. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento dos dados recolhidos por entrevista implicou a utilização da técnica de análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (1977) “é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (p.38).

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1992), na investigação social a análise de conteúdo “oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade” (p. 224-225). Segundo os mesmos autores, um dos métodos utilizados é o da análise temática que tentam “revelar as representações ou os juízos dos locutores a partir de um exame de certos elementos construtivos do discurso” (p. 226).

Para Flick (2005) a interpretação dos dados “é o cerne da investigação qualitativa – embora a sua importância varie, consoante as diversas perspectivas” (p. 179).

A interpretação dos dados segundo o mesmo autor visa dois objectivos opostos: “um é revelar, desvendar ou contextualizar as afirmações feitas no texto, o que conduz normalmente à ampliação do material ... o outro visa reduzir o material textual, parafraseando-o, resumindo-o ou categorizando-o” (p. 179-180).

Vala (1986), refere-nos que a análise de conteúdo não visa unicamente descrever. Ela possibilita inferência, e citando Bardin (1977), diz que “é a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação” (p. 103-104). Ainda segundo o mesmo autor, a análise de conteúdo não é um método, mas sim uma técnica de tratamento de informação.

Para orientar a pesquisa e de acordo com Vala (1986), optámos pelo seguinte tipo de operações:

- “Delimitação dos objectivos e definição de um quadro referência teórico orientador da pesquisa;
- Constituição de um *corpus*;

- Definição de categorias;
- Definição de unidades de análise;
- A quantificação.”(p. 108-109)

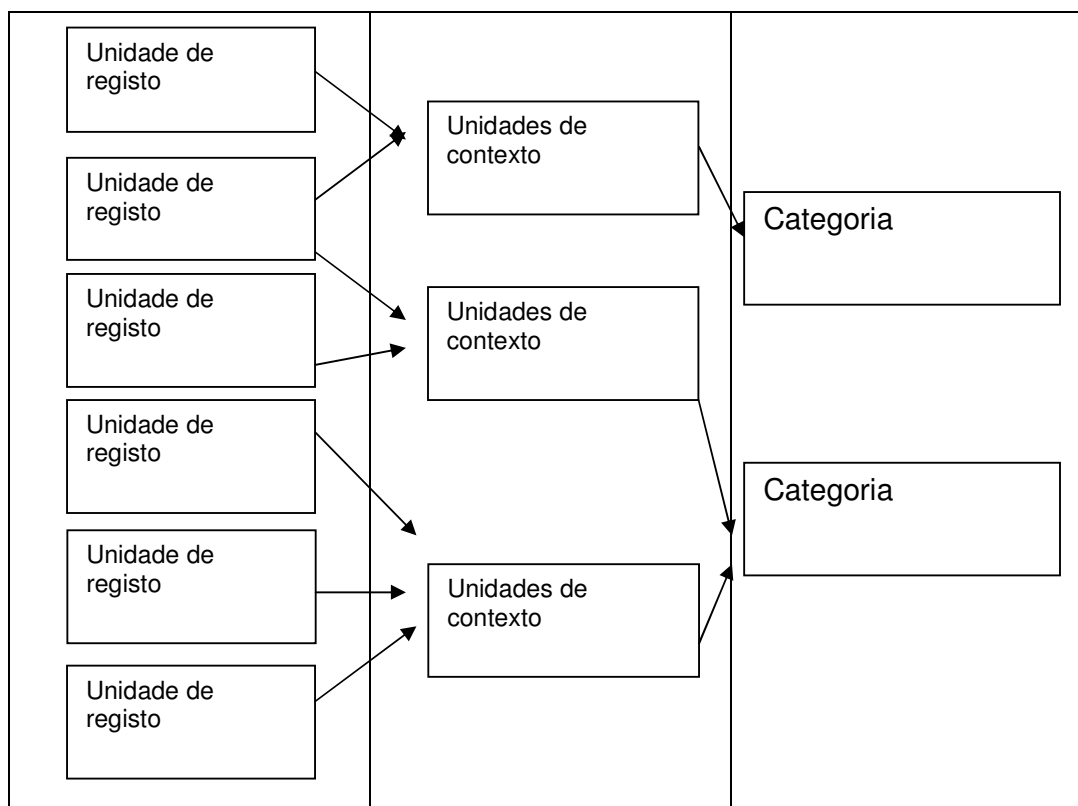
Inicia-se, então, um processo de análise das entrevistas em unidades de análise que de acordo com Vala (1986) são: unidades de registo, unidades de contexto e unidades de enumeração.

Uma unidade de registo é um determinado segmento do conteúdo que ao ser caracterizado vai ser colocado numa dada categoria segundo nos refere Vala (1986). Para Bardin (1977), unidade de registo é “o segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (p.104). A complexidade da linguagem pode dificultar o fraccionamento, sem ser necessário por vezes, alargar a unidade de registo e a sua contextualização. A mesma autora define unidade de contexto como “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às das unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta de cada unidade de registo” (p.105).

Para Vala (1986) a unidade de contexto é um segmento mais largo do conteúdo que o investigador analisa ao caracterizar uma unidade e registo.

Para se proceder à definição das categorias, de acordo com o Vala (1986) elaborámos a seguinte representação gráfica:

Tabela 11 - Representação gráfica do raciocínio indutivo segundo Vala (1986) na análise de conteúdo



De acordo com o nosso estudo foram utilizadas e aplicadas as quatro primeiras operações, que de acordo com Vala (1986) numa “análise de conteúdo não implica necessariamente quantificação” (p. 117).

Uma categoria de acordo com Vala (1986) é composta por “um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e dos outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito” (p. 111).

Refere Ribeiro (2007) citando Bowling, que a codificação dos dados é uma fase decisiva da investigação qualitativa, a codificação consiste na “colocação de secções dos dados em categorias desenvolvidas quer previamente quer durante o registo dos dados (p. 68). Ainda segundo o mesmo autor, ao apresentar os dados por categorias o investigador está a “fazer análise de conteúdo, o processo consiste, basicamente nas seguintes fases:

recolher os dados, codificá-los por temas ou categorias, analisar e apresentar os dados” (p.68).

De acordo com a interpretação da metodologia enumerada, às unidades de registo fizemos corresponder as frases significativas retiradas de cada entrevista, da análise das mesmas inferimos as sub-categorias. Elaboramos de seguida uma análise intermédia que designámos de *Tema*, que serve de interpretação das sub-categorias. O pressuposto teórico orientou-nos para a construção das categorias, objectivo da metodologia de análise de conteúdo.

Foram categorizadas as entrevistas do primeiro e segundo momentos. As duas entrevistas das memórias de interrupção médica de gravidez serão utilizadas na triangulação de dados no final da análise categorial, através das suas vivências com as frases significativas.

Para triangular os dados nesta investigação, utilizaremos os dados obtidos nas entrevistas do primeiro e segundo momento, com os das duas entrevistadas nas das memórias da interrupção médica de gravidez. São duas entrevistas não estruturadas em que as participantes dão uma visão mais distante da situação de interrupção médica de gravidez, enquanto as entrevistadas do primeiro momento estão a viver a situação durante a interrupção médica e as do segundo com muita proximidade. A triangulação ocorrerá sobre os dados, uma vez que não usamos outra abordagem por não ser possível triangulação de teorias, triangulação de metodologia, triangulação de investigadores ou uma combinação de acordo com Streubert e Carpenter (1999). A triangulação dos dados será observada sobre o tempo, a colheita ocorre “em pontos diferentes de tempo” para Streubert e Carpenter (1999). Triangulação de espaço, porque a colheita ocorre em mais de um lugar diferente. Por último triangulação de pessoas, por a colheita ser efectuada a mais de um nível de pessoas. A triangulação dos dados refere-se à utilização de diferentes fontes de produção de dados, como nos diz Flick (2006). A triangulação não visa testar resultados mas ampliar e completar sistematicamente as possibilidades de produção de conhecimento ainda segundo Flick (1999). A triangulação ocorre no fim da análise onde são apresentadas as frases significativas que vão ser confrontadas com algumas categorias do primeiro e segundos momentos da entrevista.

CAPÍTULO III

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sumário

1. Histórias da gravidez
2. Caracterização das participantes
3. Avaliação da dor e administração terapêutica durante a interrupção médica Hospitalar
4. Análise categorial
5. Triangulação de dados

4.1. HISTÓRIAS DA GRAVIDEZ

Para manter o anonimato das participantes utilizamos a designação E1 a E8, que corresponde às mulheres que fazem parte do grupo que foi submetido ao primeiro e segundo momento de avaliação de entrevista, exceptuam-se as E2 e E5 que só responderam ao primeiro momento de entrevista.

As participantes M1 e M2 são as que responderam à entrevista após dois anos de interrupção médica de gravidez. Designaremos estas entrevistas por memórias da interrupção com dois ou mais anos. M1 acabara de fazer dois anos após a interrupção médica de gravidez e M2 quatro anos.

Os seus relatos mostram uma realidade com que estas mulheres foram confrontadas e que lhe está na memória sempre pronta a ser lembrada e analisada com dor e sofrimento, pelo trajecto que as marcou.

4.1.1. E1

Tem 33 anos de idade, é portuguesa, licenciada em gestão, casada e vive com o marido e com a filha.

A gravidez não foi planeada, aconteceu e foi logo *“uma surpresa agradável”*.

Na gravidez anterior teve de recorrer a estimulação ovárica para engravidar, e como estava a pensar ter de fazer o mesmo procedimento, nem lhe ocorreu que pudesse assim engravidar.

A gravidez estava a decorrer sem intercorrências.

Às 13 semanas de gestação foi-lhe diagnosticado um higroma quístico através de exame ecográfico. Foi-lhe explicada a malformação pela médica assistente e as suas implicações.

Foi enviada pela médica particular para o DPN do Hospital B, onde foi seguida na consulta.

Na consulta de diagnóstico pré-natal foi repetido o exame ecográfico e sugerido a realização de uma colheita de líquido amniótico para averiguar eventual alteração cromossómica, que a grávida acedeu realizar.

Alertaram-na logo para duas situações: *“poderia ser bom ou mau ... era fundamental esclarecer.”* O higroma poderia regredir, a gravidez continuar a evoluir, e bastava simplesmente continuar a ser vigiado.

Não tem história familiar de malformações em ambas as famílias: na sua nem na do marido.

Uma semana após a colheita foi contactada pelo hospital para comparecer na consulta, apesar de já ter ficado uma próxima consulta marcada para mais tarde, *“foi nessa altura mais um indicador de que as coisas realmente não estavam bem.”*

Foi diagnosticada uma trissomia 21 no feto.

Da entrevista notou-se ser uma mulher determinada *“eu nestas coisas sou muito pragmática se tenho de decidir, decido e pronto. É preferível sofrermos a dor agora do que sofrermos de dor o resto da vida”*.

Notou-se ao longo da entrevista uma grande determinação, com resposta convincente e espontânea. Não chorou durante a entrevista mas mostrava um semblante triste.

Acede responder a um segundo momento que só foi possível passados três meses, por ter estado de férias e ter pouca disponibilidade para a entrevista, motivada pelo afazer profissional.

4.1.2. E2

Tem 43 anos de idade, é portuguesa e tem o 6º ano de escolaridade. É uma quarta gravidez, teve um nado morto e os dois filhos que já não vivem com ela. É empregada doméstica actualmente, antes trabalhava no campo.

Vive com companheiro há três anos, e este é um segundo relacionamento. Refere que do primeiro casamento guarda muito más recordações, por o antigo companheiro ser alcoólico e a maltratar.

Ela e o companheiro desejavam muito ter filhos, *“agora este que é tão bom para mim”*, gostava muito de ter um filho dele, porque ele não tem nenhum.

A gravidez não foi planeada, *“andava há dois anos e meio a tentar ter filhos”*.

Devido à idade, foi logo enviada pela médica de família para a consulta de DPN do Hospital B, mal soube que estava grávida.

Na família não há história de malformações.

Foi na ecografia das 14 semanas que foi diagnosticada a translucência da nuca aumentada. Refere que a médica lhe explicou que o feto tinha *“um inchaço no pescoço ... e que complicações tinha para o feto. Depois mandaram-me logo fazer a amniocentese.”*

Quando soube do resultado da amniocentese nem conseguiu reagir *“só chorava”*.

Foi diagnosticada uma trissomia 21 no feto.

A entrevista foi várias vezes interrompida por a utente chorar. Estava com um fâcies carregado e triste.

Disponibilizou-se a participar num segundo momento de entrevista, só que os contactos que disponibilizou, não foi possível efectivar, após várias tentativas.

4.1.3. E3

Tem 41 anos de idade, é portuguesa, 9º ano de escolaridade, é ajudante de apoio familiar numa instituição de terceira idade. Vive com um segundo companheiro e com um dos filhos do primeiro casamento. É a quinta gravidez, teve dois filhos e dois abortos espontâneos, um deles com este companheiro.

Esta gravidez não foi planeada mas *“foi bom saber que estava grávida”*, porque foi difícil engravidar desta vez *“por causa do meu marido”*.

Desconhece antecedentes de problemas na família da utente e do marido.

A partir da primeira ecografia, começaram os problemas, *“disseram que o bebé estava muito grande para aquele tempo de gravidez”*.

Foi logo informada para a necessidade de efectuar uma amniocentese.

Era vigiada no centro de saúde, e foi enviada para o DPN pela médica de família devido à idade, ao Hospital A.

Foi com a amniocentese que se confirmou o problema. Telefonaram para vir à consulta e foi aí que foram confrontados com a malformação do feto, ela e o marido.

“O médico explicou-me bem o que se estava a passar”.

Foi informada da decisão de interromper a gravidez, e referiu que foi um decisão difícil de tomar, *“derrepente ter de tomar a decisão de o matar”*.

Foi diagnosticada trissomia 21 no feto.

Acha que todo este processo é muito difícil.

Disponibilizou-se a dar o seu testemunho num segundo momento de entrevista que ocorreu passados três meses e meio. Após dois ou três contactos infrutíferos a utente ficou com o nosso contacto, tendo marcado o encontro para a entrevista quando teve disponibilidade.

O 2º momento da entrevista ocorreu conforme tinha acordado.

4.1.4. E4

Tem 29 anos de idade, é natural de um país do norte da Europa, é licenciada em design e decoração.

A sua profissão é decoradora. Esta é a sua primeira gravidez.

O companheiro tem problemas na espermatogénese e ela é diabética tipo 1, pelo que refere *“quando se fica grávida assim é quase um milagre”*.

Queriam muito um filho, e a gravidez foi planeada e muito desejada, porque para engravidar teve primeiro de controlar a diabetes durante mais ou menos seis meses. Como a diabetes estava controlada, então decidiram

engravidar. *“Agora podes tentar engravidar, ... está tudo bem”*, disse-lhe o médico da diabetes.

O único problema que sabe existir na família, é na do marido, de uma morte fetal que nunca foi esclarecida.

Na ecografia morfológica das 23 semanas o médico particular verificou que o bebé *“estava muito pequenino”*, e que sendo diabética isso era grave.

A partir das 23 semanas passou a ser vigiada no Hospital A.

Repetiram a ecografia passada uma semana e a situação mantinha-se grave, pelo que foi decidido fazer uma amniocentese.

Teve de esperar duas semanas pela sua realização e mais um mês pelos resultados, *“por isso cheguei com a gravidez até tão tarde”*.

Tinha 31 semanas de gestação. Foi diagnosticado um síndrome de Wolf Hirschorn, que provoca malformações várias, tendo optado o casal por fazer interrupção da gravidez.

Como no Hospital A não fazem feticídio, foi aconselhada a ir a Londres efectuar-lo. Os médicos do DPN ajudaram bastante a encontrar uma solução. Deslocou-se a um hospital londrino após ter sido acordada a realização do feticídio, tendo lá permanecido um dia, tendo regressado ao Hospital A onde decorreu a interrupção da gravidez *“ (...) após o feticídio não podíamos lá ficar”*.

O bebé já se *“mexia e eu fazia-lhe festas e falava com ela. Pensávamos o que iríamos comprar para o enxoval”*.

Refere que com a interrupção ficou muito triste *“fica-se a pensar que vamos perder o nosso bebé. ... Mas ainda se tem a esperança que esta situação volte para trás.”*

Não foi uma decisão fácil de tomar e que teve de ser tomada rapidamente. A família e os amigos ajudaram muito.

Teve ajuda da Psiquiatria de ligação.

Durante as duas entrevistas tinha choro fácil quando se abordavam situações mais problemáticas, tendo as entrevistas demorado, para ajudar a

recompor-se e a limpar as lágrimas que caíam pelo rosto com frequência. *“Eu tenho más recordações”* dizia no segundo momento da entrevista é que *“eu sentia o bebé, eu tinha uma relação com ela.”*

4.1.5. E5

Tem 41 anos de idade, é portuguesa e tem o 6º ano de escolaridade.

Casada e é empregada fabril desempregada.

A gravidez foi planeada e desejada *“nós queríamos muito. Como já tínhamos tentado duas vezes e não tinha dado certo.”*

Já tinha tido um aborto espontâneo e uma outra interrupção de gravidez por malformações fetais. Foram seguidos na consulta pré-concepcional *“Depois de fazermos os exames disseram que estava tudo bem e pronto, tentamos mais uma vez”.*

Fez a ecografia e a médica alertou-a para o aumento da translucência nuchal. *“Fiquei logo a saber que alguma coisa estava a correr mal.”*

A malformação foi confirmada através de amniocentese. Foi-lhe diagnosticada uma trissomia 21 ao feto.

Foi contactada pelo hospital para ir à consulta *“ fiquei muito abalada quando me ligaram para casa”.*

“Mas eu já andava desconfiada.”

Refere que é difícil descrever o que sentiu quando lhe deram a notícia da malformação, *“É complicado de explicar”.*

Como já tinha duas experiências anteriores, só ela, o marido e a irmã sabiam da gravidez.

Desconhece história de malformação na sua família ou na do marido.

Sentiu dor durante o internamento, fez medicação e refere que *“foi bom a maneira carinhosa como fui tratada”* e de *“as pessoas falarem comigo”.*

Deu entrevista com muita dor e sofrimento, por ser já a terceira gravidez que perdia. Chorava quando recordava e falava da situação que estava de novo a viver.

Referiu disponibilidade para o 2º momento da entrevista, tendo facilitado o contacto.

Passado cerca de um mês após ter sido contactada, pediu para esperarmos por não se sentia em condições para falar do assunto e para voltarmos a ligar.

Cerca de um mês depois contactamo-la de novo e marcou um local para a entrevista onde não compareceu.

Telefonou-nos a pedir desculpa mas continuava muito deprimida e não sentia vontade de voltar a falar acerca do assunto.

Passados 4 meses procurou-nos no hospital para agradecer a nossa simpatia e quanto ao ter participado no trabalho a tinha ajudado a enfrentar a situação e que queria participar no nosso trabalho, tendo marcado inclusive um local para o 2º momento da entrevista.

No dia e data marcada ligou a pedir muita desculpa mas tinha surgido um imprevisto pelo que lhe era possível comparecer.

Referiu num dos contactos que não teve apoio psicológico.

A partir dessa data já várias vezes nos contactou e refere que continua a ser-lhe difícil falar e abordar a anterior gravidez e que sente muita revolta por tudo o que lhe aconteceu e continua a atormentar. Uma cunhada esteve entretanto grávida e isso ainda a entristeceu mais.

Terminava com uma das últimas frases da sua entrevista.

“Nós estamos a perder algo. Não estamos a ganhar nada”

4.1.6. E6

Tem 39 anos de idade, é portuguesa e tem 12º ano de escolaridade. É escriturária.

É a sua primeira gravidez, foi planeada *“Sei datas, sei tudo acerca desta gravidez. Estava tudo planeado”*.

Foi encaminhada para o Centro de Diagnóstico Pré-Natal pela idade. Pela ecografia não havia alterações mas foi aconselhada a fazer amniocentese. *“A amniocentese foi devida à minha idade”*.

Não tem problemas de malformações fetais na família de ambos os progenitores.

Reagiu muito mal à notícia da malformação fetal. Sentiu muita tristeza: *“foi tristeza”*.

Para ela interromper a gravidez *“não é uma coisa natural”*.

Foi diagnosticada uma trissomia 21 ao feto.

A maior dor que sentiu foi quando foi internada porque para ela *“é o início do processo”*.

Encara como maior dor a moral, porque diz *“não há nada de físico.”* Mas deram-lhe um analgésico que lhe aliviou a dor quando os comprimidos começaram a fazer efeito.

“Nunca se chega a compreender” porque é que está a acontecer *“a nós”*.

Foi contactada cerca de um mês após a alta hospitalar e pediu para ser contactada mais tarde.

Mais tarde foi de novo contactada e disse-nos que nos contactaria quando estivesse disponível para dar a entrevista.

Entretanto, chegou o final de ano e nunca mais nos contactou, só cerca de seis meses mais tarde nos contactou e deu-nos a segunda entrevista.

O pior momento em todo o processo de interrupção da gravidez foi quando começou a trabalhar, passado um mês que chegou a casa, *“tive de encarar as pessoas e ser confrontada por elas”*.

Em ambos os momentos da entrevista a emoção e a tristeza apoderava-se da entrevistada e as lágrimas corriam pela sua face. Está preocupada para a próxima vez que engravidar e ao poder ter um problema similar.

Não teve apoio psicológico.

4.1.7. E7

Tem 41 anos de idade, é portuguesa e tem o 12º ano de escolaridade.

É casada e tem um filho com a síndrome de X Frágil.

Trabalha como escriturária.

Soube ser portadora desta patologia após o nascimento do filho. Esta gravidez foi planeada e desejada e ficou muito feliz porque “ (...) *estávamos à espera de engravidar a qualquer momento, desde há dois anos que tentávamos.*”.

Como tinha os antecedentes e sabia dos riscos que corria fez a amniocentese. Teve de repetir duas vezes a colheita de líquido amniótico para o exame citogenético.

Soube do resultado passado mais de um mês e foi um choque muito grande e “ *muito doloroso e uma grande ansiedade.*”.

Foi de novo diagnosticado a síndrome de X Frágil neste feto. “*Estávamos cientes dos riscos que corríamos ... mas há sempre a esperança que da segunda vez não aconteça.*”.

Tem um filho com o mesmo problema, e “*queríamos tanto outro filho mas sem problemas.*”

Decidiu interromper a gravidez e “*não consegui concretizar e finalizar aquilo que nós mais queríamos.*”

Refere que quando mais lhe custou foi quando lhe deram a notícia e quando iniciou a interrupção médica no hospital.

Na primeira entrevista era evidente a sua tristeza, tendo interrompida várias vezes o discurso ao chorar intensamente.

No segundo momento da entrevista referiu que “*eu nunca conseguiria seguir com a gravidez em frente, desde que soubesse que o bebé era deficiente.*”.

Quando chegou a casa foi progressivamente ultrapassando *“comecei a ter alguma actividade e as coisas voltaram ao normal”*.

Terminou referindo que *“foi um choque muito grande”*.

“Eu também estava certa daquilo que queria fazer.”

Não teve apoio psicológico, refere que o que mais a ajudou foi falar do assunto com a família e os amigos e o ter ido trabalhar faseadamente. Desde o chefe aos colegas de trabalho, todos ajudaram imenso.

4.1.8. E8

Tem 29 anos de idade, é portuguesa e tem licenciatura em enfermagem. É casada e é a sua primeira gravidez.

A gravidez foi planeada *“A gravidez foi planeada” e foi “óptimo até me acontecer esta intercorrência”*.

Não tem história de malformações na família, à excepção de um aborto espontâneo de uma tia.

A malformação foi diagnosticada através de ecografia e decidiu interromper a gravidez. Foi diagnosticada uma displasia esquelética grave.

Só às vinte semanas de gestação se verificou alterações a nível dos ossos longos do feto. Foi como refere *“um balde de água fria”*.

Quando foi confrontada com a malformação estava sozinha, porque só ia pedir um atestado médico. Era sexta-feira, tendo passado o fim-de-semana com o marido em casa, refere a fazer *“um luto muito grande”*.

Foi uma preparação segundo diz para o que lhe iam *“dizer na 2ª feira.”*

A chorar copiosamente refere que quando lhe expuseram a situação sentiu *“uma fraqueza generalizada”*.

A forma como o processo é conduzido por quem tem de dar a notícia da malformação é importante *“na altura o doutor viveu também a nossa dor e foi dizendo devagarinho”*.

Coincidia o dia de interromper a gravidez com o meu dia de aniversário e o médico obstetra sugeriu o internamento para mais tarde, porque estar a *“associar as duas coisas é difícil”*.

Com os técnicos de saúde e com pessoas com quem tem menos laços afectivos consegue falar e sente apoio, com familiares e amigos sente *“que estamos mais unidos nesta fase de dor”*.

Durante a primeira entrevista, interrompeu vários momentos para se recompor da tristeza que a invadia. Na segunda entrevista referiu passado mês e meio que ainda se sentia um pouco desconfortável quando se abordava a questão, mas estava a ultrapassar bem *“não me posso agarrar a isto para o meu futuro”*.

Está muito apreensiva quanto ao futuro, e refere na segunda entrevista que o pior momento foi a notícia da malformação. O que mais a preocupa é a possibilidade de *“voltar a passar por isto novamente”*.

Está a deixar passar mais algum tempo, *“tenho de ser positiva e acreditar que na próxima vai correr tudo bem, não é?”* e não *“deixar que isto abale a vontade de ter um próximo... fecha-se um livro abra-se outro”*.

Teve um grande apoio familiar e dos amigos, não tendo recorrido a apoio da Psiquiatria de ligação.

4.1.9. M1

Tem 40 anos de idade, e foi há 4 anos, que fez interrupção médica de gravidez por ter sido diagnosticada trissomia 21 ao feto. Tinha então 36 anos de idade.

Tem nacionalidade portuguesa e é licenciada em enfermagem.

É casada e tem dois filhos, o primeiro tem trissomia 21, pelo que ficou a saber a partir de então que tinha uma translocação *“e que poderia passá-la para os meus filhos”* e, *“Passei para a primeira e para a segunda não.”*

Na terceira gravidez foi diagnosticada trissomia 21 ao feto, pelo que decidiu interromper a gravidez, pós amniocentese.

“Tinha sempre esperança que não houvesse nada”.

Sentiu um grande choque quando soube da notícia da malformação, mas o que mais a atormentou foi *“confronto com o dia-a-dia, o chegar a casa e realmente não tinha nada”.*

Refere que andou deprimida durante quase um ano *“durante 10 meses ou 11 acompanhou-me um sentimento de culpa enorme”.*

“Acho que andei entre o limite da depressão profunda”.

Actualmente, passados quatro anos sente-se bem, mas quando pensa na eventualidade de poder voltar a engravidar *“aflige-me o risco de voltar a ter um bebé com trissomia 21 e não conseguir superar a sanidade mental”.*

Não teve apoio da Psiquiatria de Ligação e refere ter sido prejudicial e, decerto teria recuperado mais depressa e melhor.

4.1.10. M2

Tem 42 anos de idade, tinha 40 anos quando decidiu interromper a gravidez por trissomia 21. Fez uma interrupção de gravidez porque se não o fizesse diz *“iria ter um pesadelo para o resto da vida”.*

É portuguesa, casada e tem um filho com 20 anos de idade.

A gravidez foi planeada e desejada como refere *“desta segunda gravidez fiquei grávida quando quis”.*

Pela ecografia não foi alertada para nenhuma malformação e aconselharam-na a fazer a amniocentese que fez.

O período em que sentiu mais dor e sofrimento foi entre a notícia da malformação e a interrupção *“sente-se uma sensação de culpa e de revolta muito grandes.”*

Foi seguida pela Psiquiatria de ligação a partir da notícia da malformação até agora, cerca de dois anos pós alta hospitalar.

Teve muita dificuldade em voltar a trabalhar *“andei entre trabalhar e recaídas e ainda agora me encontro entre o desmame de terapêuticas”.*

Refugiou-se do mundo que a rodeava *“sentia uma revolta contra tudo, contra a natureza”*.

Ainda fica emocionada e triste quando a questão da interrupção é abordada *“o que aconteceu não consigo apagar”*.

“Lembro-me do dia em que entrei para fazer a interrupção, é uma coisa que nunca mais me vou esquecer.”

4.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para caracterizar a amostra foram seleccionados os indicadores que a seguir se indicam:

- Escolaridade;
- Actividade profissional;
- Índice Obstétrico;
- Idade gestacional;
- Local de vigilância da gravidez;
- Idade;
- Motivo da interrupção da gravidez.

4.2.1. ESCOLARIDADE

A escolaridade das mulheres da amostra situa-se entre o 6º ano de escolaridade e a licenciatura.

Por nível de escolaridade entenda-se o nível ou grau de ensino mais elevado que o indivíduo concluiu, ou para o qual obteve equivalência, e em relação ao qual tem direito ao respectivo certificado ou diploma.

4.2.2. ACTIVIDADE PROFISSIONAL

Todas estas actividades profissionais estão ligadas a uma área tradicionalmente designada por sector de serviços. Duas são enfermeiras e duas são escriturárias.

A empregada fabril da amostra encontra-se na situação de desempregada em de formação profissional.

Tabela 12 - Escolaridade das participantes e actividade profissional

| Participantes | Escolaridade | Actividade Profissional |
|---------------|--------------|-------------------------|
| E1 | Licenciatura | Resp. Financeira |
| E2 | 6º ano | Emp. Doméstica |
| E3 | 9º ano | Aj. Apoio Familiar |
| E4 | Licenciatura | Decoradora |
| E5 | 7º ano | Empregada Fabril |
| E6 | 12º ano | Escriturária |
| E7 | 12º ano | Escriturária |
| E8 | Licenciatura | Enfermeira |
| M1 | Licenciatura | Enfermeira |
| M2 | 11º ano | Secretária |

4.2.3. IDADE GESTACIONAL

A idade gestacional é a duração da gestação, a qual é expressa em dias ou semanas completas e é calculada a partir do primeiro dia do último período menstrual normal.

A idade gestacional varia entre as 16 e as 31 semanas de gestação. A interrupção médica de gravidez de acordo com a legislação em vigor permite que seja efectuada sempre que se preveja que o feto venha sofrer de forma incurável, doença grave ou malformação congénita até às 24 semanas de gestação ou a todo o tempo a fetos inviáveis.

4.2.4. ÍNDICE OBSTÉTRICO

O índice obstétrico possibilita observar o número de gravidezes de termo, seguido do número de gravidezes de pré-termo, depois o número de abortos e gravidezes ectópicas e finalmente o número de filhos vivos.

Três das mulheres são primíparas, as E4, E6 e E8, sendo esta a sua primeira gravidez. A E5 já teve dois abortos espontâneos e ainda não tem filhos vivos. Todas as restantes têm filhos vivos.

4.2.5. LOCAL DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

O local onde as grávidas vigiaram a sua gravidez é preferencialmente o hospital, devido à sua idade. O centro de saúde, quando existem factores de

risco para a gravidez, envia as grávidas à consulta de obstetrícia hospitalar ou directamente ao centro de diagnóstico pré-natal. As que são vigiadas por médicos privados, são também enviadas para os centros de diagnóstico pré-natal hospitalares, quando existem factores de risco elevados para malformações fetais ou alguma malformação fetal diagnosticadas por ecografia obstétrica ou pelo rastreio bioquímico.

Tabela 13 - Idade Gestacional das participantes, Índice Obstétrico e local de vigilância da gravidez

| Participantes | Idade gestacional | Índice Obstétrico | Local vigilância da gravidez |
|---------------|-------------------|-------------------|------------------------------|
| E1 | 17 | 1011 | Médico privado |
| E2 | 16 | 3002 | Hospital |
| E3 | 22 | 2022 | C. Saúde e Hospital |
| E4 | 31 | 0000 | Méd. Priv. e Hospital |
| E5 | 17 | 0020 | Hospital |
| E6 | 16 | 0000 | Hospital |
| E7 | 23 | 1001 | Hospital |
| E8 | 23+4 | 0000 | Médico privado |
| M1 | 19 | 2002 | Hospital |
| M2 | 18 | 1001 | Hospital |

4.2.6. IDADE

A idade das mulheres que fazem parte da amostra varia entre os 26 e os 43 anos, sendo a média de idades 37 anos.

A idade das mulheres grávidas é um factor preponderante nas interrupções médicas por malformações fetais, como foi referido no enquadramento teórico.

4.2.7. MOTIVO DA INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

As malformações que foram responsáveis pelas interrupções médicas da gravidez estão descritas no quadro seguinte. Estão referidas as idades das participantes para se fazer a comparação entre as idades e as malformações que motivaram as interrupções médicas da gravidez.

Tabela 14 - Idades das participantes e malformações diagnosticadas

| Participantes | Idades | Malformação Diagnosticada |
|---------------|--------|-------------------------------|
| E1 | 33 | Trissomia 21 |
| E2 | 43 | Trissomia 21 |
| E3 | 41 | Trissomia 21 |
| E4 | 29 | Síndrome de Wolf-Hirschhorn |
| E5 | 41 | Trissomia 21 |
| E6 | 39 | Trissomia 21 |
| E7 | 41 | X Frágil |
| E8 | 26 | Displasia Músculo Esquelética |
| M1 | 36 | Trissomia 21 |
| M2 | 42 | Trissomia 21 |

4.3. AVALIAÇÃO DA ESCALA DA DOR REFERIDA PELAS PARTICIPANTES DURANTE A INTERRUPÇÃO MÉDICA DE GRAVIDEZ

Como não foi nosso objectivo para a elaboração do trabalho permanecer durante todo o processo de Interrupção junto da utente, nem se tornava viável tal empreendimento, durante a entrevista e através da consulta do processo clínico da utente verificou-se nos registos a existência de queixume, de dor durante o processo de interrupção da gravidez e se houve ou não administração de analgésicos.

Incidiu a nossa procura na existência de quadro algico desde o início da interrupção médica através da administração de prostaglandinas até à expulsão do feto.

Uma dificuldade encontrada reside no facto de nem todas as interrupções demorarem o mesmo tempo e não ocorrerem durante o primeiro dia em que se inicia o processo. Há situações em que ocorre dentro das primeiras vinte e quatro horas de internamento, na generalidade dos casos, outras que demoram entre dois a seis dias.

No quadro seguinte, são apresentados o número de dias de internamento para efectuar a interrupção médica na população em estudo. Como se pode verificar o internamento em ambos os locais onde se realizou a interrupção, no HA e no HB, é de três dias na maioria dos casos. Os casos de E4 e E7 tiveram de repetir a administração de prostaglandinas durante mais um dia para se concluir a expulsão do feto. E4 esteve três dias no internamento de Ginecologia a aguardar que a sua patologia, a Diabetes estabilizasse, daí os três dias de internamento. Uma excepção foi o número de dias de M1, de oito dias de internamento e a grande dificuldade que teve até à expulsão do feto, que só ocorreu ao sétimo dia de internamento.

Tabela 15 - Número de dias de internamento durante a interrupção médica de gravidez

| Participantes | Dias internamento até expulsão feto | Dias internamento para em vigilância Ginecologia | Total de dias internamento para interrupção médica de gravidez |
|---------------|-------------------------------------|--|--|
| E1 | 2 | 1 | 3 |
| E2 | 2 | 1 | 3 |
| E3 | 2 | 1 | 3 |
| E4 | 3 | 3 | 6 |
| E5 | 2 | 2 | 4 |
| E6 | 2 | 1 | 3 |
| E7 | 2 | 1 | 3 |
| E8 | 3 | 1 | 4 |
| M1 | 7 | 1 | 8 |
| M2 | 2 | 1 | 3 |

A administração de analgésicos ocorre de acordo com as queixas algícas de cada utente. A primeira droga analgésica que se administra é o Paracetamol endovenoso, porque todas as mulheres têm um acesso venoso. A segunda droga de eleição é a Petidina, em perfusão endovenosa, que se administra na generalidade delas para o alívio do quadro algíco. Também se administram antieméticos quando têm náuseas e/ou vômitos. Salientamos que a sua administração implica sempre prescrição médica, antes da sua administração. Outra referência importante é a administração de analgesia epidural à utente E4, que é uma situação pouco frequente na nossa experiência diária. Apresentamos um quadro onde constam as drogas administradas a cada uma das participantes.

Tabela 16 - Analgésicos e antieméticos administrados às participantes s, e a técnica de epidural efectuada

| Participantes | Administração antieméticos | Administração analgésicos | Técnica de epidural |
|---------------|----------------------------|---------------------------|---------------------|
| E1 | ----- | Petidina | ----- |
| E2 | ----- | Paracetamol | ----- |
| E3 | ----- | Petidina | ----- |
| E4 | Sim | Paracetamol + Petidina | Sim |
| E5 | ----- | Paracetamol + Petidina | ----- |
| E6 | ----- | Petidina | ----- |
| E7 | ----- | Petidina | ----- |
| E8 | ----- | Paracetamol + Petidina | ----- |

A sua administração ocorre quando as mulheres referem queixas correspondentes à escala numérica da dor 4-5, a primeira administração, depende da intensidade e do modo como se instala. Mas poderemos relatar a nossa experiência pessoal, por norma quando se instala um quadro algico há mais dificuldade em o fazer regredir, quanto mais precocemente é efectuada a administração de analgésicos mais eficaz é o resultado esperado. Outro factor primordial é ter a utente informada sobre como se vai processar o evento. Quanto mais esclarecida estiver a utente de como se vai processar a interrupção, melhor reage na generalidade das situações. A situação emocional é mais um factor a ter em conta no desenrolar do processo. Como analgésico mais eficaz para alívio da dor temos a Petidina, um opióide eficaz na generalidade das vezes, que ajuda a aliviar as queixas algicas e ao relaxamento que vai propiciar na maioria dos casos, ajuda à expulsão do feto num curto espaço de tempo. A sua administração independentemente da escala da dor é empregue dependendo da própria utente e da sensibilidade do profissional que é responsável por ela. A sua administração deveria ocorrer entre a escala 5-7. Um dos contras por vezes na sua administração é o parar

4.4. ANÁLISE CATEGORIAL

Os relatos das participantes propiciam realidades por si vividas que são únicas. Os seus depoimentos mostram-nos experiências decorrentes da gravidez, da interrupção médica de gravidez até ao seu regresso à actividade profissional.

No entanto, apesar dos casos salientarem a especificidade individual das entrevistadas, existem semelhanças em relação aos aspectos da dor e do sofrimento expressos desde a suspeita da malformação, a reacção à notícia da malformação e a maneira como se lida com esta situação de crise. Todos estes aspectos irão ser apresentados pelas descrições e relatos das participantes.

Da análise das entrevistas e tendo como referência as várias interrogações para a investigação, emergiram as categorias que iremos apresentar, começando pelo primeiro momento da entrevista, posteriormente segundo momento e finalmente a triangulação de dados entre estes dois momentos e as memórias da interrupção médica.

4.4.1. DO PRIMEIRO MOMENTO DA ENTREVISTA

Os dados foram recolhidos no primeiro momento para dar resposta às questões de investigação. Foram encontradas as seguintes categorias que serão abordadas individualmente conforme se forem analisando os respectivos dados:

Tabela 17 - Categorias do primeiro momento da entrevista

| Primeiro momento | Categorias |
|------------------|---|
| 1ª | O prazer no início da gravidez |
| 2ª | Apreensão em revelar a gravidez |
| 3ª | Suspeita da malformação fetal |
| 4ª | Ansiedade pela ausência de informação sobre os resultados |
| 5ª | Surpresa pela notícia da malformação |

| | |
|----------------|---|
| 6 ^a | Desespero pela tomada de decisão |
| 7 ^a | O momento da interrupção e suas implicações |
| 8 ^a | Desagrado de como decorre a interrupção |

4.4.1.1. O PRAZER NO INÍCIO DA GRAVIDEZ

Tabela 18 - O prazer no início da gravidez

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------|---|
| O prazer no início da gravidez | Emoções reveladas por ter engravidado | Gravidez como surpresa | <p>“Foi uma surpresa agradável.” E1</p> <p>“Era um grande desejo ter filhos. Foi uma alegria muito grande ... aconteceu o que sempre quisemos.” E2</p> <p>“Foi bom saber que estava grávida.” E3</p> <p>“Com a notícia da gravidez fiquei muito feliz.” E4</p> <p>“Quando se fica grávida assim, é quase um milagre.” E4</p> <p>“Era uma coisa que nós queríamos mesmo muito.” E4</p> <p>“Ficamos muito contentes, ... já tínhamos tentado duas vezes e não tinha dado certo.” E5</p> <p>“foi com alegria” E6</p> <p>“Estávamos à espera de eu engravidar, ... há dois anos que tentávamos e quando soube foi uma surpresa.” E7</p> <p>“Muito feliz. Muito, muito feliz.” E7</p> |
| | | Gravidez planeada | <p>“Pronto aconteceu, não tinha sido planeada.” E1</p> <p>“Esta gravidez não foi planeada, aconteceu.” E2</p> <p>“Foi planeada e desejada, embora eu já não contasse ficar grávida.” E3</p> <p>“Depois de fazermos os exames disseram que estava tudo bem e pronto, tentamos mais uma vez. Foi planeada e desejada.” E5</p> <p>“Esta gravidez foi desejada e planeada.” E4</p> <p>“Foi planeada, muito planeada e desejada.” E6</p> <p>“A gravidez foi muito desejada.” E7</p> <p>“A gravidez foi planeada e desejada.” E8</p> |

4.4.1.1.1. EMOÇÕES REVELADAS POR TER ENGRAVIDADO

A gravidez permite uma adaptação e uma preparação da mulher para ser mãe. Dá azo a um processo em que afectivamente se vai incorporando a existência de um novo elemento, um filho. De início reina alguma ansiedade na ligação ao novo ser motivada por medos, fantasias e pelas crenças e representações sociais da gravidez e maternidade e que são factores preponderantes na consolidação do projecto iniciado. Muitas vezes a gravidez faz parte das aspirações da mulher e do companheiro. Ela insere-se num projecto de reflexão e de investimento. Há um planeamento atempado para este momento. A gravidez não pode ser desagregada da maternidade, são um projecto do presente e um investimento de futuro, e como nos referem Rolim e Canavarro (2001) “a gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto” (p. 19).

Ser mãe como refere Leal (2001) é “uma dimensão social e antropológica que significa na nossa cultura a capacidade de conter, amparar e apoiar” (p. 66), e existem mulheres que querem “antes de tudo e depois de tudo ser mães” (p. 67).

Da análise dos significados das frases expressas, ressalta que:

“Foi uma surpresa agradável”. **E1** Nada fazia prever esta gravidez, porque como foi referido na sua história da gravidez, na gestação anterior teve de recorrer a estimulação ovárica.

Por seu turno **E2** tinha um grande anseio de ter um filho com este companheiro, é uma segunda relação e o companheiro não tinha filhos e para o casal *“Era um grande desejo de ter filhos Foi uma alegria muito grande ... aconteceu o que sempre quisemos.”*

Há situações pré existentes à gravidez que a condicionam. Sendo necessária uma preparação atempada para quem o projecto de maternidade existe. Exemplos destas situações são as doenças crónicas como a hipertensão arterial e a diabetes entre outras. É o caso de **E4** para quem a diabetes enquanto não esteve controlada medicamente, a gravidez teve de ser

adiada, ciente que estava dos riscos que tal encerrava. Daí a sua satisfação ao referir que *“Com a notícia da gravidez fiquei muito feliz”* e para reforçar a ideia de quanto difícil para ela foi engravidar, diz *“Quando se fica grávida assim é quase um milagre”* e que *“Era uma coisa que nós queríamos mesmo”*.

Os abortos recorrentes de **E5** condicionam o seu projecto de maternidade ao referir *“Ficamos muito contentes ... já tínhamos tentado duas vezes e não tinha dado certo”*. O desejo de ter um filho pode representar para esta mulher/casal um objectivo de vida porque hoje na nossa sociedade “o gerar de um filho é feito quando se quer e como se quer” (p.154) segundo Leal e Pereira (2005), e referem também que a impossibilidade de procriar pode ser observado como uma importante perda de controlo sobre a vida pessoal.

Para **E6** a notícia da gravidez foi vivida *“com alegria.”*

Comprometem também o projecto de maternidade as alterações cromossómicas em gestações anteriores. Aqui a gravidez e a maternidade são processos com um peso mais acentuado de ansiedade. Refere-nos **E7** *“Estávamos à espera de eu engravidar ... há dois anos que tentávamos e quando soube foi uma surpresa.”* E sentiu-se *“Muito feliz. Muito, muito feliz.”*

Para estas participantes a gravidez aconteceu mas foi aceite apesar de não ter sido planeada. **E1** refere-nos que a gravidez *“aconteceu, não tinha sido planeada.”* Também para **E2** *“Esta gravidez não foi planeada, aconteceu.”*

Para **E3** a gravidez *“Foi planeada e desejada, embora eu já não contasse ficar grávida.”* **E4** refere que *“Esta gravidez foi desejada e planeada.”*

Com o seu passado obstétrico **E5** precaveu-se antes desta gravidez e refere que *“Depois de fazermos os exames disseram que estava tudo bem e pronto, tentamos mais uma vez. Foi planeada e desejada.”*

“Foi planeada, muito planeada e desejada”, referiu **E6**

Como já tinha um filho com uma cromossomopatia e sabendo ser portadora dessa malformação genética hereditária, para ela *“A gravidez foi muito desejada.”* **E7**

4.4.1.2. APREENSÃO EM REVELAR A GRAVIDEZ

Tabela 19 - Apreensão de revelar a gravidez

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|---------------------------------|--|--|---|
| Apreensão de revelar a gravidez | Incerteza quanto à viabilidade da gravidez | Incerteza quanto à viabilidade da gravidez | <p>“Não contámos a mais ninguém da gravidez. Só eu, o meu marido e a minha filha sabemos.” E3</p> <p>“há um ano e meio tive um aborto, agora esperámos até à última para dar a notícia.” E3</p> <p>“Por enquanto só eu, o meu marido e a minha irmã é que sabíamos.” E5</p> <p>“Eles queriam muito um neto ... mas queriam um neto saudável como nós.” E7</p> |

4.4.1.2.1. INCERTEZA QUANTO À VIABILIDADE DA GRAVIDEZ

Pelo que já foi atrás referido, e devido aos antecedentes pessoais destas mulheres, a sua gravidez foi mantida perante familiares, amigos e escondida pelo facto de já terem tido perdas anteriores de gravidez.

Assim as participantes E3 e E5 referem que: *“Não contámos a mais ninguém da gravidez. Só eu, o meu marido e a minha filha sabemos.” E3* *“há um ano e meio tive um aborto, agora esperámos até à última para dar a notícia.” E3*

“Por enquanto só eu, o meu marido e a minha irmã é que sabíamos.” E5

Já a utente E7 não esconde a situação de estar grávida aos seus familiares. Mas tem outra preocupação para gerir, ela e a família, pois é portadora da doença X Frágil. As patologias genéticas segundo Zagalo-Cardoso (2001), tem um impacto emocional sobre o indivíduo em risco bem como em todo o seu grupo familiar.

“Eles queriam muito um neto ... mas queriam um neto saudável como nós.” E7

4.4.1.3. SUSPEITA DA MALFORMAÇÃO FETAL

Tabela 20 - Suspeita da malformação fetal

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|-------------------------------|--|--|--|
| Suspeita da malformação fetal | Primeiro confronto com a suspeita de uma malformação fetal | Percepção da suspeita de malformação no feto pela ecografia | <p>“quando fiz a Ecografia das 13 semanas, foi diagnosticado um Higroma Quístico.... sinal de qualquer coisa que não está bem E1</p> <p>“Foi na ecografia ... depois mandaram-me logo fazer a amniocentese.” E2</p> <p>“A partir da primeira ecografia é que começaram os problemas. ... o bebé estava muito grande para aquele tempo de gravidez.” E3</p> <p>“Descobriram na ecografia que o bebé estava muito pequenino. Como tenho diabetes esta situação é considerada grave.” E4</p> <p>“Esta situação foi descoberta às 23 semanas.” E4</p> <p>“Na última ecografia o médico disse-me que o pescoço do bebé não estava com as medidas correctas” E5</p> <p>“Isso causou-me um grande sofrimento.” E5</p> <p>“Na ecografia nunca se descobriu nada.” E6</p> <p>“Foi nessa ecografia do consultório, eu não estava à espera, ... E eu fiquei com esperança.” E8</p> |
| | | Amniocentese como meio de confirmação da malformação em alguns casos | <p>“só se podia concluir com a amniocentese” E1</p> <p>“A situação foi descoberta pela ecografia e depois confirmada pela amniocentese aqui no hospital.” E5</p> <p>“A situação foi descoberta com a amniocentese. A amniocentese foi devida à minha idade.” E6</p> <p>“Eu soube da patologia do meu filho, ... soube que era portadora desta doença após o nascimento dele.” E7</p> <p>“Esta situação foi descoberta pela amniocentese.” E7</p> |

4.4.1.3.1. PRIMEIRO CONFRONTO COM A SUSPEITA DA MALFORMAÇÃO FETAL

Os avanços científicos e tecnológicos operados durante o século passado e que vão sendo desenvolvidos presentemente, possibilitam que a gravidez quando vigiada adequadamente, sejam detectados riscos de alterações

estruturais e genéticas incompatíveis com a vida, e as consequências nefastas que acarretam para essas mulheres, bem como para as suas famílias a possibilidade legal da interrupção de gravidez.

A gravidez é hoje habitualmente vigiada pelas mulheres nos seus Centros de Saúde, em médicos privados ou nos Hospitais diferenciados quando há suspeita da existência de risco materno-fetal.

A detecção de malformações fetais é possibilitada através de rastreio bioquímico, de exame ecográfico, de exame ao líquido amniótico, colheita de vilosidades coriônicas e da cordocentese.

Existem vários factores que predispõem o envio das situações de risco para centros hospitalares diferenciados, a fim de ser avaliada com mais pormenor eventuais malformações fetais, os Centros de Diagnóstico Pré-Natal. No caso da nossa população em estudo a maioria, foi enviada pelo factor idade: E2, E3, E5 e E6. No caso de E1, ficou a dever-se a alterações à medida da translucência nuchal, o seu aumento acima dos 2,5 cm, e em E8 por alterações estruturais a nível dos membros inferiores.

Estas afirmações servem para corroborar como que estas mulheres foram colocadas perante um provável diagnóstico de malformação fetal e o seu conhecimento acerca dos problemas daí inerentes.

“Quando fiz a ecografia das 13 semanas, foi diagnosticado um Higroma Quístico. ... sinal de qualquer coisa que não está bem”. E1

“A partir da primeira ecografia é que começaram os problemas. ... o bebé estava muito grande para aquele tempo de gravidez.” E3

“Descobriram na ecografia que o bebé estava muito pequenino. Como tenho diabetes esta situação é considerada grave.” E4

“Na última ecografia o médico disse-me que o pescoço do bebé não estava com as medidas correctas”. E5

Por vezes ecograficamente não se diagnosticam as alterações e para o rigoroso esclarecimento recorre-se à colheita do líquido amniótico para um diagnóstico final.

Quando diagnosticadas ecograficamente alterações estruturais, estas só podem ser associadas possíveis alterações genéticas com recurso à amniocentese.

“Só se podia concluir com a amniocentese”. E1

“A situação foi descoberta pela ecografia e depois confirmada pela amniocentese aqui no hospital.” E5

“A situação foi descoberta com a amniocentese. A amniocentese foi devida à minha idade.” E6

De acordo com a Carta dos Direitos do Doente Internado, Ministério da Saúde (s.d.) deve ser solicitado o consentimento informado à grávida para a realização do referido exame invasivo, que se encontrava apenso ao processo clínico da utente.

Para que o consentimento seja verdadeiramente livre e esclarecido a informação deverá ser objectiva e clara e transmitida num ambiente de calma e privacidade, numa linguagem acessível e tendo em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Os profissionais deverão assegurar-se que a informação foi compreendida.

O consentimento livre e esclarecido ficará registado em ficha adequada, devendo ser renovado para cada acto clínico posterior sendo revogável em qualquer momento. O doente pode sempre recusar os cuidados que lhe são propostos. (p. 8)

As doenças genéticas são, frequentemente, do tipo sistémico de acordo com Zagalo-Cardoso (2001), dando origem aos “mais variados tipos de desvantagens, nomeadamente, de ordem mental, motora, sensorial, etc” (p. 212), que apesar da vigilância continuam a aparecer alguns casos, o que implica para o mesmo autor “uma perda de oportunidades potenciais para o desenvolvimento pessoal dos pais, nesta importante fase do ciclo vital”. (p. 214). A patologia hereditária, X Frágil, a responsabilidade é, exclusivamente, da mãe, e esta mãe está informada acerca da sua situação, fazendo parte inclusive duma Associação de X Frágil, a partir da descoberta da sua situação. Sabia que só através do estudo do líquido amniótico se conseguia diagnosticar a enfermidade. *“Eu soube da patologia do meu filho, ... soube que era*

portadora desta doença após o nascimento dele.” Agora nesta gravidez “Esta situação foi descoberta pela amniocentese.” **E7**

4.4.1.4. **ANSIEDADE PELA AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO SOBRE OS RESULTADOS**

Tabela 21 - Ansiedade pela ausência de informação sobre os resultados

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|---|---|--|---|
| Ansiedade pela ausência de informação sobre os resultados | Espera pelos resultados definitivos cria apreensão à mulher | <p>Aceitação de que algo poderia estar mal</p> <p>Tempo de espera pelo resultado</p> <p>Expectativa em relação ao desfecho</p> | <p>“Mas fomo-nos sempre mentalizando, eu e o meu marido, que de facto algo poderia estar mal.” E1</p> <p>“Depois passada uma semana ligaram aqui do hospital, que já tinham o resultado, e para vir ao Hospital.” E1</p> <p>“Então explicaram-me o que é que se passava, embora eu já estivesse preparada para o que estava a acontecer.” E3</p> <p>“Esperei duas semanas pela amniocentese ... um mês pelo resultado ... por isso cheguei com a gravidez até tão tarde.” E4</p> <p>“Vivíamos um pouco na expectativa.” E4</p> <p>“Estávamos ainda à espera que corresse tudo bem.” E4</p> <p>“Eu fiquei em casa quando começou toda esta situação “Eu andava muito ansiosa.” E4</p> <p>“Isto tudo é muito difícil de perceber ... o que está a acontecer.” E4</p> <p>“Estive um mês à espera do resultado, que foi muito doloroso e uma grande ansiedade.” E7</p> <p>“Estávamos sempre na esperança que fosse de sucesso ... as probabilidades são quase de 50% E a geneticista ... Foi ela que me deu o resultado.” E7</p> <p>“Disse-me que o bebé estava com um problema nas perninhas, ... quero ver isto melhor com um colega 2ª feira” E8</p> |

4.4.1.4.1. **ESPERA PELOS RESULTADOS DEFINITIVOS CRIA APREENSÃO À MULHER**

Quando se realiza um exame ao líquido amniótico para além das técnicas utilizadas, as quais devem ser adequadamente explicadas, sendo elucidados de igual modo os seus riscos e o tempo de espera pelos resultados, que de acordo com Zagalo-Cardoso (2001) se denomina *síndrome da amniocentese*.

Todos estes factores causam ansiedade em relação ao tempo de espera até à comunicação dos resultados e dos riscos aumentados de malformação. Mesmo após a comunicação dos resultados negativos algumas mulheres permanecem preocupadas e ansiosas colocando em causa a certeza e fiabilidade do diagnóstico de acordo com Zagalo-Cardoso (2001).

Como na generalidade dos casos da nossa população já havia suspeita de malformação como na entrevistada **E1**, que nos referiu *“Mas fomo-nos sempre mentalizando, eu e o meu marido, que de facto algo poderia estar mal.”*

“Estávamos ainda à espera que corresse tudo bem.” **E4**.

“Estávamos sempre na esperança que fosse de sucesso ...” disse-nos **E7**. A esperança num resultado favorável acompanhava esta mulher, sabendo bem a possibilidade que tinha dos resultados, *“as probabilidades são quase de 50%”* **E7**.

A amniocentese realiza-se habitualmente a partir das 15 semanas de gestação. O tempo médio de espera após a recepção no laboratório, hoje em dia, é de dez a quinze dias, dependendo contudo do crescimento celular em cada caso. No relatório do IGMPORTO/CHVNG (2004), o tempo médio de resposta a estudos citogenéticos do líquido amniótico era de 19 dias.

Segundo Zagalo-Cardoso (2001), este período de espera entre o momento da realização da amniocentese e a comunicação dos resultados provocam tensão e ansiedade consideráveis pela espera de três a quatro semanas. Como nos refere **E7** foi um período *“muito doloroso e uma grande ansiedade.”*

Como se pode verificar a seguir nos testemunhos de **E1**, o tempo de espera foi de uma semana, *“Depois passada uma semana ligaram aqui do hospital, que já tinham o resultado, e para vir ao Hospital.”* **E1**, enquanto para **E4 e E7** foi de um mês.

“Esperei duas semanas pela amniocentese ... um mês pelo resultado ... por isso cheguei com a gravidez até tão tarde.” **E4**

“Estive um mês à espera do resultado, que foi muito doloroso e uma grande ansiedade.” **E7**

O impacto psicológico e a grande sobrecarga emocional resultante no confronto com a possível doença genética nos casos de **E4** e **E7**, e de alterações estruturais detectadas ecograficamente no feto de **E8**, “Disse-me que o bebé estava com um problema nas perninhas, ... quero ver isto melhor com um colega 2ª feira” **E8** e a confirmação dos exames diagnósticos respectivos causam expectativa em relação ao desfecho que a situação eventualmente encerre.

“Vivíamos um pouco na expectativa.” **E4**

“Eu fiquei em casa quando começou toda esta situação Eu andava muito ansiosa.” **E4**

“E a geneticista foi ela que me deu o resultado.” **E7**

4.4.1.5. SURPRESA PELA NOTÍCIA DA MALFORMAÇÃO

Tabela 22 - Surpresa pela notícia da malformação fetal

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|--|---|-----------------------------------|--|
| Surpresa pela notícia da malformação fetal | Modo como foi dada a notícia da malformação | Como foi comunicado o diagnóstico | <p>“Depois vim cá á consulta e foi mesmo confirmada ... De que tinha um cariótipo com alterações, e pronto.” E1</p> <p>“A médica estava a explicar-me mas parecia que não estava cá.” E2</p> <p>“Nem se consegue sentir nada, não se consegue fazer nada, não há nada. É um choque muito grande.” E4</p> <p>“Chorei muito, só pensava porque é que isto acontece comigo. ... (<i>Choro intenso</i>). Porquê?” E5</p> |
| | | Desmoronar do objectivo | <p>“Falamos com uma doutora que nos explicou o motivo. Foi péssimo.” E6</p> <p>“Interromper a gravidez não é uma coisa natural. E isso pesa sempre na consciência e na moral, fere sempre um bocadinho.” E6</p> |
| | | Fazer o luto | <p>“Tudo o que tínhamos pensado em termos de futuro e em termos de família, ... foi muito difícil.” E7</p> <p>“Caiu tudo. Desmoronou-se tudo.” E7</p> <p>“Acabámos por nesse fim-de-semana fazer um luto muito grande, só nós dois.” E8</p> <p>“A forma como se diz é importante, ... o doutor viveu também a nossa dor.” E8</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | “não me disse logo que ia abortar ... ajudou a repartir um pouco a dor já no tempo.” E8 |
|--|--|--|--|

4.4.1.5.1. MODO COMO FOI DADA A NOTÍCIA DA MALFORMAÇÃO

O resultado no Hospital **HA** é sempre dado na presença do médico e da enfermeira, sendo o contacto telefónico com o utente efectuado sempre pela enfermeira. No Hospital **HB** esse contacto é sempre efectuado pela médica do Centro de Diagnóstico Pré-Natal, por não haver uma enfermeira nesta consulta.

Mesmo já estando à espera de um diagnóstico desfavorável a comunicação de uma ocorrência grave coloca geralmente a pessoa desamparada e desorientada de acordo com Corney (2000).

A participante **E1** de entre todas, encarou e aceitou o facto com muito realismo. Na entrevista demonstrou ser determinada, objectiva e com a situação emocionalmente controlada.

*“Depois vim cá á consulta e foi mesmo confirmada ... De que tinha um cariótipo com alterações, e pronto.” **E1***

Para **E2**, esta situação foi deveras penosa. Na sua face estava estampada a tristeza, o seu tronco estava curvado, e as lágrimas brotaram quando se recordou deste momento. A sua voz era entrecortada, por vezes quase imperceptível, tal era o estado de tristeza que a assolava.

*“A médica estava a explicar-me mas parecia que não estava cá.” **E2***

*“Nem se consegue sentir nada, não se consegue fazer nada, não há nada. É um choque muito grande.”, **E4***, referiu, com frases curtas e com períodos de choro profundo quando recordou este momento.

A utente **E4** tem uma interrupção médica de gravidez tardia, 31 semanas de gestação, o seu processo de luto difere um pouco das outras participantes. As manifestações são variadas de acordo com Rolim e Canavarro (2001), em relação às manifestações afectivas: em que os sentimentos e emoções expressos podem ser de tristeza, raiva, culpa, solidão, choque entre outros;

comportamentais: como agitação, fadiga, choro e isolamento; cognitivas: baixa auto estima, falta de memória e dificuldade de concentração e fisiológicas: como falta de apetite, insónia e queixas somáticas (dores difusas por exemplo). Todo este processo se enquadra dentro do processo de luto e sofrimento motivado pela perda, que é um processo moroso, necessário e saudável para se resolver esta dor e este sofrimento.

“Falamos com uma doutora que nos explicou o motivo. Foi péssimo.”E6

Como já foi referido, estas gravidezes foram muito desejadas, a sua perda significa um grande revés na vida destas mulheres, é a perda da possibilidade de terem o primeiro filho para **E5**, **E6** e **E8**. Para **E7** a possibilidade de ter um filho saudável por que tanto aspirava e como diz: *“Caiu tudo. Desmoronou-se tudo.” E7.*

A utente **E5** refere que *“Chorei muito, só pensava porque é que isto acontece comigo. ... (Choro intenso). Porquê?”*. Há uma clara resposta há notícia que de acordo com Morse (2000) a pessoa perde o controlo, e grita, chora e nega, e ao mesmo tempo reconhece a situação e começa a funcionar de modo a ultrapassar a situação entrar em sofrimento emocional. A sua manifestação ao evento catastrófico coloca a pessoa em sofrimento, o seu pesadelo é real, reconhece a coisa perdida.

“Interromper a gravidez não é uma coisa natural. E isso pesa sempre na consciência e na moral, fere sempre um bocado.” E6

“Tudo o que tínhamos pensado em termos de futuro e em termos de família, ... foi muito difícil.” E7

O cuidado holístico, a atenção, o envolvimento e a comunicação são vectores importantes para uma notícia tão devastadora. Mas como refere esta utente, a interacção que sentiu com o médico foi tão importante que ela sentiu que até a sua dor e sofrimento foram repartidos no tempo.

“A forma como se diz é importante, ... o doutor viveu também a nossa dor.” E8

“não me disse logo que ia abortar ... ajudou a repartir um pouco a dor já no tempo.”E8

Mesmo sem a confirmação do diagnóstico da malformação fetal, e a necessidade de interromper a gravidez refere que *“Acabámos por nesse fim-de-semana fazer um luto muito grande, só nós dois.” E8*

Para esta mulher está prestes a consumir-se a possível perda. Para Ferreira et al (1990), há um início do processo somático em relação ao objecto que se experimenta a perda.

Worden (1998) utiliza a designação de luto antecipatório para as situações em que o luto ocorre antes da perda real.

SURPRESA PELA NOTÍCIA DA MALFORMAÇÃO FETAL (CONTINUAÇÃO)

Tabela 23 - Surpresa pela notícia da malformação fetal (Continuação)

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|--|---|-----------------------|--|
| Surpresa pela notícia da malformação fetal | Notícia da malformação fetal como fonte de assombro | Reacção à notícia | <p>“É talvez a frustração das coisas não correrem como gostaria que corressem” E1</p> <p>“Eu nem sabia o que estava a acontecer-me.” E2</p> <p>“Foi um choque muito grande.” E2</p> <p>“Só me apetecia chorar.” E2</p> <p>“Porquê a mim. Que mal eu fiz para me estar a acontecer a mim.” E3</p> <p>“É como um peso dentro de mim.” E3</p> <p>“Parece que está tudo a desaparecer.” E4</p> <p>“Parece que está tudo mal.</p> <p>Não acredito ... isto não pode ser, não pode ser.” E4</p> |
| | | O choque pela notícia | <p>“Não é possível estar a acontecer.” E4</p> <p>“Não se compreende.” E4</p> <p>“Então fomos para casa em choque, quase não conseguíamos pensar.” E4</p> <p>“É uma situação limite.” E4</p> <p>“Não compreendemos porque nos está a acontecer a nós.” E4</p> <p>“Estamos todos a viver um choque muito grande.” E4</p> |
| | | Alterações sensoriais | <p>“Era o pior que podia acontecer. Isto foi um choque completamente.” E4</p> <p>“É uma coisa difícil de explicar.” E5</p> <p>“Parece que o mundo vai desabar.” E5</p> <p>“É complicado de explicar, é uma dor muito forte.” E5</p> <p>“Reagi mal, muito mal.” E6</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | “Foi um choque muito grande, muito grande.” E7 “Foi um choque tremendo, não consegui trabalhar mais.” E7 “Eu achei que era uma grande injustiça ... não podia fazer nada.” E7 “Depois não consegui concretizar e finalizar aquilo que nós mais queríamos.” E7 “Fisiologicamente senti-me a tremer de cima a baixo.” E8 |
|--|--|--|---|

4.4.1.5.2. NOTÍCIA DA MALFORMAÇÃO FETAL COMO FONTE DE ASSOMBRO

Uma das reacções quando a mulher é colocada perante uma notícia devastadora que se tem vindo a desenvolver, com a perspectiva de uma provável malformação em alguns casos vai finalmente ser conhecido. Mesmo que previamente preparada há um impacto pela notícia. A esperança que estivesse tudo bem não esmoreceu mesmo com os sinais pessimistas já conhecido de algumas.

Para quem vai sofrer uma perda, de acordo com Corney (2000), para além das informações e resposta a todas as perguntas formuladas, devem ser respondidas perguntas não formuladas, mas tudo depende da aceitação da situação de perda ou do choque demonstrados com o confronto da notícia.

As emoções demonstradas poderão ser de grau e de intensidades intensas a moderadas, dependendo da vinculação estabelecida da mãe com o feto, do investimento nesta gravidez, da própria reacção pessoal a situações de crise entre outros.

Zagalo-Cardoso (2001), refere existirem quatro respostas mais frequentemente observáveis nos indivíduos sob tensão emocional:

- Choque e de negação;
- Ansiedade;
- Revolta e/ou culpa;
- Depressão.

Analisando os dados das várias entrevistas emergiram vários sentimentos e emoções que expressam sofrimento e dor por este momento. Em algumas tivemos dificuldade de escolher os temas e sub-categorias, mas achamos relevante apresentar o todo e não a parte mais significativa, daí a extensão desta categoria que teve de ser repartida por três quadros de dados referentes à mesma categoria.

Quando a notícia da malformação fetal é comunicada há incredulidade no que está a acontecer, referem a maioria das mulheres, **E2** *“Eu nem sabia o que estava a acontecer-me”*.

“Não é possível estar a acontecer.” E4, há como que a sensação de que *“Parece que está tudo a desaparecer.” “Não se compreende.” E4*. Quando foi entrevistada esta utente tinham passado três dias após a expulsão do feto, estava a iniciar a primeira fase do luto. A fase de choque e negação que de acordo com Rolim e Canavarro (2001), se caracteriza por a pessoa se sentir perdida, não acredita no sucedido e encontra-se apática, com insónias e sensação de mal-estar geral. Este processo ocorre em média durante catorze dias. Parkes (1998) diz que o traço mais comum do luto não é a pessoa entrar em depressão profunda mas ocorreram episódios de dor agudos, em que existe muita ansiedade e dor psíquica, e este período ocorre dias ou horas após a perda e vão-se tornando menos frequentes.

Não acreditam, há descrença, no que está a acontecer-lhes e *“É uma coisa difícil de explicar.” E5*

Um misto de emoções e sentimentos de profundo mal-estar invade a mente de quem é confrontado. Como nos refere Gameiro (1999) quando existe a perda de um objecto há um impacto de surpresa designado por *choque e descrença*.

Há um choque pela notícia segundo Morse (2001), como primeira resposta. Tenta-se compreender o que está de facto a acontecer *“Foi um choque muito grande.” E2*, *“Ali nem consegui reagir. Só chorava.” E2*

Existe uma perda do controlo do indivíduo e quando se consegue controlar entra em resistência.

O adormecimento da mente serve de escape para o sofrimento de acordo com Morse (2001), referiu-nos **E4** *“Então fomos para casa em choque, quase não conseguíamos pensar.”*

Segundo Morse (2001), o esforço de quando se sofre é tão elevado que as pessoas sentem-se esgotadas.

Também se manifesta por alterações sensoriais e motoras, *“É como um peso dentro de mim.” E3*, ou como nos refere *“Dores, acho que não, foi mais falta de força, uma fraqueza. Uma fraqueza generalizada.” E8*. Pode haver uma perda de controlo do indivíduo que o leve a uma descarga emocional extrema *“A minha reacção é que eu não conseguia fazer nada, sentada e prostrada. Não tinha reacção nenhuma” E7*. O sofrimento emocional é manifestado habitualmente por um choro intenso *“Só me apetecia chorar.” E2*

SURPRESA PELA NOTÍCIA DA MALFORMAÇÃO FETAL (CONTINUAÇÃO)

Tabela 24 - Surpresa pela notícia da malformação fetal (Continuação)

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|--|---|--|--|
| Surpresa pela notícia da malformação fetal | Notícia da malformação fetal como fonte de assombro | Angústia | “A sensação de perda ou de possível perda” E1 |
| | | Sensação de perda | “A angústia no sentido de que se fosse para continuar ... que consequências é que podem vir. É um pouco de impacto e de dor” E1 |
| | | Sentir algo que não sabe explicar | “Ali nem consegui reagir. Só chorava.” E2 |
| | Emoções expressas pela notícia da malformação | Sentir revolta | “Senti uma coisa muito grande. Uma coisa que nem lhe sei explicar.” E2 |
| | | Ficar muito triste | “Senti uma revolta muito grande. “Eu senti uma revolta muito grande por aquilo tudo.” E3 |
| | | Injustiça o que lhe estava a acontecer | “Não é fácil viver este momento.” E4 |
| | | | “Nós não podemos fazer nada. Os médicos também não.” E4 |
| | | | “Isto mexe muito com os sentimentos e a nível psicológico.” |
| | | | “Isto é muito mau. Faz-nos ficar muito tristes.” E4 |
| | | | “Sinto depois disto que algo me falta.” E4 |
| | | | “E sinto um pouco de revolta, estava tudo a correr bem, falta-me o bebé com que sonhei, que idealizei.” E4 |

| | | | |
|--|--|-----------------------------|---|
| | | Sentir uma grande dor | <p>"Eu queria ficar isolada, sozinha. Durante estes dias não quis falar com ninguém." E5</p> <p>"Mas tentei não ficar revoltada." E5</p> <p>"Não foi revolta nem nada, foi tristeza, muita tristeza." E6</p> |
| | | Sentir raiva | <p>"Triste pelo motivo de sabermos que o bebé está vivo." E6</p> <p>"É dor moral, não há nada físico." E6</p> <p>"É o embate do início quando se recebe a notícia, a partir daí é tudo a nível metal." E6</p> |
| | | Falta de força generalizada | <p>"A dor a nível físico é aqui, quando se está mesmo a fazer a interrupção." E6</p> <p>"Fiquei em estado de choque. Fartei-me de chorar, como agora ... " E7</p> <p>"Achei que era bastante injusto, queríamos tanto um filho." E7</p> <p>"É uma dor muito grande, mas não consigo descrevê-la, não sei descrever." E7</p> <p>"A minha reacção é que eu não conseguia fazer nada, sentada e prostrada. Não tinha reacção nenhuma, não sei explicar, era raiva também." E7</p> <p>"Senti raiva, por sentir que nós queríamos tanto um filho e haver outras que não querem. É injusto."</p> <p>"Eu acho que é injusto, mas pronto aconteceu." E7</p> <p>"Dores, acho que não, foi mais falta de força, uma fraqueza. Uma fraqueza generalizada." E8</p> |

4.4.1.5.3. EMOÇÕES EXPRESSAS PELA NOTÍCIA DA MALFORMAÇÃO

Cabral (2005) considera que o grau de investimento afectivo e o planeamento afectivo são geradores de sentimentos e emoções relacionados com o desaparecimento do bebé real e fantasiado pelo facto de deixar de estar grávida e haver uma quebra de vínculo com o feto.

Outra manifestação é a angústia, segundo F.N.. Dias (2007) é um estado onde estão presentes uma certa ansiedade e um grau de tristeza acentuados provocado por um mal-estar físico ou psíquico profundo. A angústia não pode estar dissociada da projecção que o indivíduo faz da sua existência no futuro, *"Sinto depois disto que algo me falta."* **E4** e a consequente impossibilidade de a

atingir, o que lhe causa esse mal-estar e sofrimento. Refere-nos nesse sentido **E1** *“A angústia no sentido de que se fosse para continuar ... que consequências é que podem vir. “*

A angústia é um estado emocional que se reflecte segundo C.S. Dias (2005) nos sinais ou algo concreto quando o indivíduo é exposto a representações de perigo ou ameaça. Referem-nos as participantes que sentiram:

“A sensação de perda ou de possível perda” E1

“Senti uma coisa muito grande. Uma coisa que nem lhe sei explicar.” E2

Refere também uma participante, pelo facto de aguardar pela interrupção de gravidez, desde que soube da notícia até ser internada: *“eu senti angústia pelo tempo de espera. Não me deixaram à espera, não me senti esquecida.” E7*

Cabral (2005) alerta que podem estar presentes elementos de sofrimento psicológico neste processo de interrupção de gravidez associados à perda ou possível:

- Perda de uma pessoa amada (real ou imaginária);
- Perda de auto estima;
- Perda de estatuto (maternidade, mulher);
- Perda existencial (projecto de vida);
- Perda do futuro antecipado e imaginado.

A revolta é outra emoção referida pelas participantes. **E4** diz *“E sinto um pouco de revolta, estava tudo a correr bem, falta-me o bebé com que sonhei, que idealizei”*. Por sua vez **E3** também diz que *“Eu senti uma revolta muito grande por aquilo tudo. Senti uma revolta muito grande”*. Por exemplo a revolta foi contida para **E5**, ela refere *“Mas tentei não ficar revoltada.”*

A dor manifestada é referida durante a permanência das participantes no Hospital enquanto decorre a interrupção da gravidez e a expulsão do feto. *“É dor moral, não há nada físico” E6* e acrescenta que *“A dor a nível físico é aqui, quando se está mesmo a fazer a interrupção.” E6*

Segundo Barus-Michel e Camps (2001/2003), os sofrimentos são normativos propostos e autorizados pela cultura e variam de acordo com determinadas épocas e as sociedades, em que “o sofrimento moral depende dos objectos de apego propostos numa dada cultura” (p. 62). Em Fleming (2003), a dor não é comunicável nem partilhável o que se partilha, não é a dor, mas sim a defesa contra ela.

A utente **E7** sentiu uma dor de grande intensidade mas para a qual não encontra palavras para a designar, *“É uma dor muito grande, mas não consigo descrevê-la, não sei descrever.”* Para Barus-Michel e Camps (2001/2003) os grandes sofrimentos são mudos, os indivíduos não conseguem traduzir por palavras ou representações o que sentem, a dor e o sofrimento não podem ser partilhados. A dor, ainda segundo a mesma autora está numa zona de fronteira em que tanto separa como une o corpo e a mente, existe num espaço mais sensitivo do que representacional.

A tristeza é resultado de uma pessoa em sofrimento emocional. Uma das principais funções desta emoção perante uma perda ajuda o individuo a reorganizar-se. A pessoa triste tem uma quebra de energia e do entusiasmo como refere Goleman (1996), podendo acentuar-se com a depressão do indivíduo. *“Isto é muito mau. Faz-nos ficar muito tristes.” E4, “Não foi revolta nem nada, foi tristeza, muita tristeza” E6.*

Para todas as mulheres este momento representa um momento de crise que é bem explicitado na afirmação *“Não é fácil viver este momento.” E4*

Também para todas as participantes foi um momento de injustiça o investimento afectivo para com esta gravidez, que de repente dela se vêm privadas, *“Achei que era bastante injusto, queríamos tanto um filho”, “Eu acho que é injusto, mas ... aconteceu.” E7.* Estratégias para lidar com a situação, passam segundo Morse (2001) por um paradoxo, pelo comportamento privado do sofrimento emocional, em que o sofrido se isola e esconde em locais reservados ou apenas afastando-se dos outros como nos relata **E5** *“Eu queria ficar isolada, sozinha. Durante estes dias não quis falar com ninguém.”*

A utente **E7** manifesta raiva, porque a sua gravidez era muito desejada e planeada, sabendo das probabilidades do seu filho ser portador da doença

hereditária, expressa raiva pela situação lhe estar de novo a acontecer. Segundo ela *“Senti raiva, por sentir que nós queríamos tanto um filho e haver outras que não querem.”* **E7** Raiva pode ser observada como um sentimento de protesto pelo que de novo foi acometida pelo mesmo acidente de percurso, e é exteriorizada pelo facto do seu ego se sentir ferido e ameaçado. De acordo com Goleman (1995), a raiva é despoletada por uma ameaça ao amor-próprio e à dignidade, exemplo da frustração sentida da não persecução de um objectivo importante.

4.4.1.6. DESESPERO PELA TOMADA DE DECISÃO

Tabela 25 - Desespero pela tomada de decisão

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| Desespero pela tomada de decisão | Vivências com a tomada de decisão | Preferível sofrer agora | “Davam-me a faculdade, uma vez que tinha as semanas que davam para interromper, se optava ou não. Até há última havia cá sempre uma luzinha que poderia qualquer coisa estar bem.” E1 |
| | | Ter de tomar a decisão de o matar | “É preferível sofrermos de dor agora, do que sofrermos de dor o resto da vida. ... Talvez isto tenho ajudado a tapar ... a camuflar a dor” E1 “É pensar um pouco que ainda bem que foi assim, que se conseguia corrigir a situação a tempo” E1 |
| | | O problema é o bebé | “Mas, só que depois acho que é fundamental ... um pouco de pragmatismo, ainda bem que há esta possibilidade de se poder diagnosticar estas coisas com antecedência e a faculdade que nos é dada” E1 “Ter um filho dentro de mim, andar com tanto cuidado e derrepente ter de tomar a decisão de o matar.” E3 |
| | | O feticídio não é uma decisão fácil de tomar | “Sinto que não posso mais voltar a tentar.” E3 “Tem-se sempre a esperança que tenha havido um engano qualquer.” E4 “E fica-se a pensar que vamos perder o nosso bebé. Mas ainda se tem a esperança que esta situação volte para trás.” E4 |
| | | Angústia pelo tempo de espera | “Mas é preciso tirar o bebé, ele tem de sair.” E4 “O problema é continuar com o bebé. O problema é o problema do bebé. Tudo isto é muito estranho. E4 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Tremer de cima abaixo com a decisão</p> | <p>“A única maneira de assumir isto é ir em frente.” E4</p> <p>“Os médicos ajudaram-me bastante a encontrar uma solução ... indicaram um centro em Londres onde se faz o feticídio.” E4</p> <p>“Em Inglaterra foram muito agradáveis.” E4</p> <p>“Foi muito difícil ao saber o que estava a fazer. Compreendemos ... por um lado estávamos a resolver um problema para o futuro do nosso filho e também um problema grave com que ficaríamos.” E4</p> <p>“Mas isto não é uma decisão fácil de tomar. E tivemos de tomar a decisão rápido.” E4</p> <p>“Embora seja doença, é um bebé que não vai morrer de morte natural.” E6</p> <p>“Após ter sabido o resultado ... aqui no hospital só o tiveram mais tarde ... mas conseguiram conduzir o processo com tacto e com rapidez.” E7</p> <p>“Mesmo assim com a rapidez com que foi tratado ... de 2ª a 4ª feira foi tudo tratado ... eu senti angústia pelo tempo de espera. Não me deixaram à espera, não me senti esquecida.” E7</p> <p>“O médico trouxe logo os papeis ... trememos, tremi de cima a baixo. Nem sei como cheguei ao carro.” E8</p> <p>“O apoio que senti ... fazia anos ... o médico achou melhor só me internar na outra semana. Acho que foi um tipo de apoio que me fez muito bem.” E8</p> |
|--|--|--|--|

4.4.1.6.1. VIVÊNCIAS COM A TOMADA DE DECISÃO

Até se saber a confirmação, há sempre esperança, mas essa esperança não desaparece com o diagnóstico da amniocentese como refere esta utente

*“Até há última havia cá sempre uma luzinha que poderia qualquer coisa estar bem.” **E1***

Para **E4** também *“Tem-se sempre a esperança que tenha havido um engano qualquer.”* Apesar de se saber o diagnóstico a última coisa a acontecer é *“E fica-se a pensar que vamos perder o nosso bebé. Mas ainda se tem a esperança que esta situação volte para trás” **E4**.*

Por outro lado, com a situação que está a viver e pela faculdade legal que lhe é permitida a utente encara este momento como *“É preferível sofrermos de*

dor agora, do que sofreremos de dor o resto da vida.... Talvez isto tenho ajudado a tapar ... a camuflar a dor". E1

Durante a realização do estudo esteve uma utente internada que referiu o que sentia acerca daquele momento, palavras dramáticas de quem está a viver a situação, dizia ela *"eu considero-me uma assassina eu estou a matar aquilo que eu mais queria na vida, o meu filho."* Estas palavras sensibilizam-nos muito para aquele momento dramático daquela grávida, a sua dor e o seu sofrimento eram acérrimos. Também uma das grávidas nos refere que *"Ter um filho dentro de mim, andar com tanto cuidado e de repente ter de tomar a decisão de o matar."* E3. Emerge também aqui um sentimento de culpa por ter de matar o próprio filho e, ao mesmo tempo, uma desculpabilização, por ter cuidado, mas teve de tomar a decisão. No mesmo sentido a participante E6 diz que *"embora seja doença, é um bebé que não vai morrer de morte natural."* A culpa e a vergonha são emoções relacionadas com a necessidade de *estar à altura* de padrões morais e ideais do *ego*, de acordo com C.S. Dias (2006), em que a primeira é designada como consequência do reconhecimento pelo próprio de que um padrão pessoal foi violado, enquanto a vergonha resulta da observação pelos outros do acto falhado ou da transgressão cometida.

Mas E4 tem 31 semanas de gestação, a sua gravidez já está muito além das 24 semanas de gestação, ela enquadra-se numa outra realidade, o seu bebé está vivo. O bebé tem uma síndrome raro (Síndrome de Wolf-Hirschhorn)² detectado pela amniocentese. Só a partir das 23 semanas de gestação se suspeitou ecograficamente que algo poderia estar mal. Esteve um mês à espera do resultado e algumas semanas até decidirem fazer a colheita de líquido amniótico. Colocada perante a situação *"O problema é continuar com o bebé. O problema é o problema do bebé. Tudo isto é muito estranho."*

² Síndrome de Wolf-Hirschhorn – é um síndrome raro caracterizado por microcefalia e uma cara peculiar, restrição de crescimento intra-uterino, associado a malformações cardíacas, renais e genitais. A maior parte destes fetos morrem *in útero* ou durante a infância. Esta cromossomopatia é devida a uma deleção parcial no braço curto do cromossoma 4 acordo Dicionário Ilustrado de Termos Médicos (s.d)
<http://www.iqb.es/diccio/s/sindromew.htm#wolf>

Como o bebé está vivo, médicos e utente estão colocados perante um dilema. No Hospital não se pratica feticídio. *“Mas é preciso tirar o bebé, pronto ele tem de sair.” E4*

Mas porquê o feticídio?

Se o feto nascesse vivo ou agónico tinham-se de fazer todas as manobras de ressuscitação para o manter vivo? De acordo com a posição da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 28/CNECV/99 no seu ponto 4. refere que:

No caso de, apesar de tudo, não se ter podido evitar a situação em causa, existe conflito entre o dever médico de tentar salvar a vida do feto e o direito da mulher à interrupção da gravidez. Tal conflito não é, certamente, de resolução fácil, mas afigura-se que o direito reconhecido pela lei acabará por prevalecer sobre a deontologia profissional. Parece que, a ser assim, os médicos que praticaram, em tais condições, o abortamento de acordo com a lei em vigor devem abster-se de solicitar a colaboração de todo e qualquer profissional de saúde sem intervenção no processo de interrupção e tomar sobre si a responsabilidade ética da omissão de cuidados que ultrapassem os básicos.

O feticídio não está previsto no sistema legal Português, e de acordo com Oliveira (2005) que “Nenhum sistema jurídico consegue prever todos os casos concretos, que são sempre diferentes. Os médicos terão sempre de se mover dentro destes conceitos indeterminados, com o risco de os aplicarem mal e com a angústia que a incerteza provoca” (p. 237).

De acordo com Loureiro (1997) não existe protecção constitucional de protecção da vida humana pré-natal que se refira expressamente o embrião ou o feto em Portugal nem a nível mundial. Também do ponto de vista jurídico um sujeito só tem personalidade jurídica em Melo e Nunes (2000), porque “só existirá a partir do nascimento e com vida, uma vez que, de acordo com o disposto no artigo 66.º do Código Civil de 1966, a personalidade jurídica só se adquire nesse momento” (p. 75).

A única solução para evitar esta situação é provocar o feticídio *in útero* através da administração de drogas que vão provocar a paragem cardio-respiratória fetal. A liberalização do feticídio poderia caminhar numa direcção

difícil de controlar, levando a casos de eutanásia neonatal e a uma banalização do feticídio de acordo com Milliez (1999). Melo e Nunes (2000) referem-nos que deveria haver uma reflexão profunda acerca do nascimento de um feto com vida, de modo a que “dado que a extensão o prazo de ilicitude se situa nas 24 semanas de idade gestacional, ocasião em que se ultrapassou claramente o limite de viabilidade fetal, somos do parecer que deve ser erigida legislação apropriada no sentido de dignificar ao máximo a prática do abortamento” (p. 86).

Segundo a utente os médicos encaminharam-na e ajudaram-na a encontrar uma solução *“Os médicos ajudaram-me bastante a encontrar uma solução ... indicaram-me um centro em Londres onde se faz o feticídio.” E4* *“Em Inglaterra foram muito agradáveis.” E4*

Segundo refere, pela situação com que foi confrontada e com o prognóstico que lhe foi explicado *“A única maneira de assumir isto é ir em frente.” E4*

A situação com que terminamos a análise desta categoria é no fundo a assumpção da tomada da decisão, a autonomia que a mulher tem ao decidir a interrupção da gravidez e a reacção dramática que ela encerra: *“O médico trouxe logo os papéis ... trememos, tremi de cima a baixo. Nem sei como cheguei ao carro.” E8*

Cabe à mulher decidir e assinar o consentimento informado porque de acordo com Oliveira (2005) “a decisão passa necessariamente pela pessoa da mulher, por uma intervenção sobre o seu corpo” (p. 228) e refere **E1** *“Davam-me a faculdade, uma vez que tinha as semanas que davam para interromper, se optava ou não.”*

4.4.1.7. MOMENTO DA INTERRUPTÃO E SUAS IMPLICAÇÕES

Tabela 26 - Momento da interrupção e suas implicações

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|------------|-------|----------------|---|
| Momento | O que | O drama | “A parte mais negativa é que acontece e |

| | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|
| da interrupção e suas implicações | expressam acerca do momento da interrupção | <p>peçoal</p> <p>O mal-estar sentido pelos vômitos e diarreia</p> <p>O acto de interromper</p> <p>A dor ao expulsar</p> <p>O alívio da dor</p> | <p>acontece-nos a nós” E1</p> <p>“É um pouco saber que acontece e não acontece só aos outros” E1</p> <p>“Até eu fazer a epidural passei muito mal com vômitos e diarreia.” E4</p> <p>Devia-se aliviar “A dor quando se está a expulsar”E5</p> <p>“A dor da perda, se nós tivéssemos mais apoio, poderia melhorar um pouquinho.”E5</p> <p>“A dor é nossa, acho que só o tempo pode ajudar-nos.”E5</p> <p>“Aqui no internamento foi uma mistura de dor física com dor moral.” E6</p> <p>“A partir do momento que me deitei na cama do hospital foi um processo muito mau.” E6</p> <p>“O simples motivo de me darem os comprimidos para tomar foi mau. O momento em que me senti pior foi quando tomei os dois comprimidos. É a dor, porque é o início do processo.” E6</p> <p>“Foi tão mau tomar os comprimidos, como expulsar o bebé.” E6</p> <p>“É ali que está o momento da decisão, é ali que se toma consciência daquilo que se vai fazer.” E6</p> <p>“Foi na segunda toma dos comprimidos que começou a doer, a dor física. Deram-me um analgésico no início da noite ... que me acalmou a dor ... na manhã seguinte é que expulsei.” E6</p> <p>“A nível psíquico não se compreende. Perguntamo-nos, porquê a nós. Nunca se chega a compreender.” E6</p> <p>“Ontem quando me colocaram os comprimidos fui-me abaixo, mas tive apoio das enfermeiras e do médico na altura.”E7</p> <p>“Para superar a situação, eu acho que depende de cada um de nós, ... das pessoas e dos familiares, de todo o apoio que temos de fora.” E7</p> <p>“Alivia a dor porque nos sentimos acompanhados e acarinhados e não postos de parte, para mim isso é fundamental.” E7</p> <p>“Aqui no hospital os técnicos e todas as pessoas para mim são uma forma de alívio da dor.” E7</p> |
|-----------------------------------|--|--|--|

4.4.1.7.1. O QUE EXPRESSAM ACERCA DO MOMENTO DA INTERRUPÇÃO

É classificado como um drama pessoal, porque como atrás foi referido vai ocorrer no seu corpo “A parte mais negativa é que acontece e acontece-nos a nós”, “É um pouco saber que acontece e não acontece só aos outros” **E1**.

Também **E6** se coloca a mesma questão *“Perguntamo-nos, porquê a nós. Nunca se chega a compreender.”*

Para **E6** o seu internamento hospitalar foi um momento de grande sofrimento *“A partir do momento que me deitei na cama do hospital foi um processo muito mau.”* Foi a partir daquele momento que para ela se desenrolou efectivamente o processo da interrupção *“O simples motivo de me darem os comprimidos para tomar foi mau. O momento em que me senti pior foi quando tomei os dois comprimidos. É a dor, porque é o início do processo.”* **E6**

Dois momentos foram marcantes para a participante *“Foi tão mau tomar os comprimidos, como expulsar o bebé”,* mas frisa bem *“É ali que está o momento da decisão, é ali que se toma consciência daquilo que se vai fazer.”* **E6**

A dor física e a sua remissão, assim como o mal-estar sentido durante a interrupção são questões que assolam as participantes. A administração de analgésicos no **HA** fica sempre prescrita em SOS, e pode ser administrada após avaliação da dor pelo enfermeira/o especialista que está de turno no serviço de internamento. No **HB** como a interrupção decorre na urgência, estão sempre médicos de serviço e prescrevem analgésicos sempre que se justifique e a utente tiver queixas. Há situações em que fica logo prescrito em SOS. A administração de analgésicos ocorre durante todo o processo, o que acontece é que durante o período expulsivo, por vezes, não têm o efeito desejado como refere **E5** *“A dor quando se está a expulsar”*. Já **E6** refere eficácia na abordagem terapêutica da dor *“Foi na segunda toma dos comprimidos que começou a doer, a dor física. Deram-me um analgésico no início da noite ... que me acalmou a dor ... na manhã seguinte é que expulsei.”*

Uma situação pela qual temos vindo a pugnar é que se façam mais analgesias epidurais a estas mulheres, como no caso de **E4** *“Até eu fazer a epidural passei muito mal com vômitos e diarreia”*. Como foi referido no enquadramento teórico, duas das complicações que podem advir da ingestão ou infusão de prostaglandinas são os vômitos e a diarreia. Para os vômitos administra-se antieméticos por infusão endovenosa, a diarreia é difícil de controlar nesta situação.

Foi sugerido a **E5** acompanhamento pela Psiquiatria de Ligação, o que recusou. No que concerne a apoio pela perda, a relação de ajuda e conforto que é disponibilizado em contexto de urgência pode não ser o mais adequado, daí o seu sentir *“A dor da perda, se nós tivéssemos mais apoio, poderia melhorar um pouquinho.”* Também aponta na mesma direcção, e pelo que depreendi na entrevista o problema vai nesse sentido e pela própria postura dos profissionais de saúde, pelo que refere *“Acho que só mesmo o importante é as pessoas serem humanas connosco e ajudarem.”* **E6**

Para **E7**, ocorreu a situação inversa das duas anteriores participantes, tem depoimentos que vão de encontro ao que é preconizado na prestação de cuidados às mulheres. Para além de relação de ajuda estabelece-se com a utente uma interacção de modo a facilitar a sua recuperação, o seu bem-estar e um encaminhamento adequado. Quando assim ocorre estes testemunhos disso são exemplo:

“Ontem quando me colocaram os comprimidos fui-me abaixo, mas tive apoio das enfermeiras e do médico na altura.” **E7**

“Para superar a situação, eu acho que depende de cada um de nós, ... das pessoas e dos familiares, de todo o apoio que temos de fora.” **E7**

“Alivia a dor porque nos sentimos acompanhados e acarinhados e não postos de parte, para mim isso é fundamental.” **E7**

“Aqui no hospital os técnicos e todas as pessoas para mim são uma forma de alívio da dor.” **E7**

4.4.1.8. DESAGRADO DE COMO DECORRE A INTERRUPÇÃO

Tabela 27 - Desagrado de como decorre a interrupção

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|---|--------------------------|---|--|
| Desagrado de como decorre a interrupção | Alívio da dor inadequado | Não percebem o porquê da dor na interrupção | “Mas acho que era importante haver uma maior sensibilização, da parte da pessoa que aborda Uma pequena conversa que fosse. Daí uma certa sensibilidade se a pessoa está a precisar ou não de apoio, mais umas pessoas que outras. |
| | Condições | | |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| | arquitectónicas inadequadas | <p>Necessidade de serem isoladas das outras grávidas</p> <p>Esta situação não é fácil.” E1 “Às vezes é este percurso que é preciso ser trabalhado. ... cada vez mais estas situações são mais vulgares e deveriam ser melhor trabalhadas.” E1 “Deveria haver um medicamento para nos aliviar a dor. Para não sentirmos nada.” E2 “Uma coisa qualquer, que ao interrompermos não se sentisse nada.” E2 “O que acaba por complicar mais as coisas é quando vamos expulsar ao bloco de partos e fazer curetagem. Porque aí estão as grávidas a ter bebés.” E3 “É muito complicado de ouvir quando estamos a passar por isto.” E3 “Em que tudo saísse sem dor.” E2 “A parte psíquica a que nós estamos sujeitas nestas situações.” E3 “Deveria haver outra maneira de fazer a interrupção médica de gravidez, talvez cesariana.” E3 “Assim a mulher acaba por passar por muito.” E3 “Acho que tudo isto é muito difícil.” E3 “Havia de haver uma maneira diferente de isto ser feito, com menos dor.” E4 “Estamos muito longe dos médicos, os enfermeiros aqui fazem o que está ao seu alcance.” E4 “Acho que nós mulheres que estamos aqui a passar por isto, não precisamos de tanto sofrimento.” E5 “Havia de haver uma maneira de aliviar pelo menos as dores no período da expulsão.” E5 “Estamos aqui e ali ao, lado está uma mulher a ter um bebé. É muito complicado de gerir.” E5 “Devíamos ficar mais isoladas das mães que estão a ter bebé.” E5 “Nós estamos a perder algo, não estamos a ganhar nada, acho que nesse ponto se havia de mudar.” E5 “O que choca no Bloco de Partos, é a alegria e a felicidade das outras mulheres e a tristeza sentida por nós.” E6 “Devia haver um espaço para nós estarmos com os nossos maridos e termos esse espaço para partilhar a nossa dor.” E6 “Já viu, nós aqui dentro e os nossos maridos lá fora junto dos familiares das grávidas que tiveram filhos, todos felizes e eles tristes e desesperados.” E6 “Devia haver um local resguardado para estas situações, este não é o local adequado. As grávidas alegres e nós tristes.” E6 “A carga física e psicológica é grande.” E6 “É muito mau para nós e para os nossos</p> |
|--|--------------------------------|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | maridos.” E6 “Acho que só mesmo o importante é as pessoas serem humanas connosco e ajudarem.” E6 “Mesmo eu acho que sou uma pessoa que fica triste, mas vou conseguir ... se não conseguir vou pedir ajuda.” E6 |
|--|--|--|--|

4.4.1.8.1. ALÍVIO DA DOR INADEQUADO

A generalidade das participantes aponta o seu discurso na direcção de um melhor atendimento, em que a interrupção e o período expulsivo deveriam ser de outra forma. Deveria como já atrás foi referido, haver um maior investimento na realização de mais técnicas de analgesia epidural nas mulheres que são submetidas a interrupção médica de gravidez. Já começam a aparecer mas ainda são em reduzido número e com grande insistência do pessoal de enfermagem em ambos os hospitais.

*“Às vezes é este percurso que é preciso ser trabalhado.... cada vez mais estas situações são mais vulgares e deveriam ser melhor trabalhadas.” **E1***

*“Deveria haver um medicamento para nos aliviar a dor. Para não sentirmos nada.” **E2***

*“Uma coisa qualquer, que ao interromper-mos não se sentisse nada.” **E2***

*“Em que tudo saísse sem dor.” **E2***

*“A parte psíquica a que nós estamos sujeitas nestas situações.” **E3***

*“Deveria haver outra maneira de fazer a interrupção médica de gravidez, talvez cesariana.”; “Assim a mulher acaba por passar por muito.” “Acho que tudo isto é muito difícil.” **E3***

*“Havia de haver uma maneira diferente de isto ser feito, com menos dor.” **E4***

*“Acho que nós mulheres que estamos aqui a passar por isto, não precisamos de tanto sofrimento.” **E5***

*“Havia de haver uma maneira de aliviar pelo menos as dores no período da expulsão.” **E5***

4.4.1.8.2. CONDIÇÕES ARQUITECTÓNICAS INADEQUADAS

A necessidade de serem isoladas das outras grávidas é uma questão que tem a ver com a parte arquitectónica dos próprios serviços. No **HA** as mulheres são internadas em quartos individuais no internamento, só quando ocorre o período expulsivo e são submetidas a curetagem uterina vão para a urgência obstétrica e contactam com outras grávidas. *“O que acaba por complicar mais as coisas é quando vamos expulsar ao bloco de partos e fazer curetagem. Porque aí estão as grávidas a ter bebés.” “É muito complicado de ouvir quando estamos a passar por isto.” E3*

Antes disso no Centro de Diagnóstico Pré Natal também essa situação ocorre quando vem fazer o exame ecográfico e a amniocentese.

A situação seguinte apontada pela utente prende-se com o facto de o internamento ser distante da urgência e ser atendida permanentemente pelos enfermeiros especialistas, não pondo em causa a prestação dos seus cuidados. *“Estamos muito longe dos médicos, os enfermeiros aqui fazem o que está ao seu alcance.” E4*

“O que choca no Bloco de Partos, é a alegria e a felicidade das outras mulheres e a tristeza sentida por nós.” E6. No **HB** ocorre com frequência essa situação porque as mulheres permanecem o tempo todo na urgência até ocorrer a expulsão do feto.

“Devia haver um espaço para nós estarmos com os nossos maridos e termos esse espaço para partilhar a nossa dor.” E6

“Já viu, nós aqui dentro e os nossos maridos lá fora junto dos familiares das grávidas que tiveram filhos, todos felizes e eles tristes e desesperados.” E6

“Devia haver um local resguardado para estas situações, este não é o local adequado. As grávidas alegres e nós tristes.” E6

“É muito mau para nós e para os nossos maridos.” E6

4.4.2. DO SEGUNDO MOMENTO DA ENTREVISTA

Neste segundo momento da entrevista não nos foi possível fazer a entrevista às participantes **E2** e **E5**. A primeira, com o contacto telefónico que nos disponibilizou não foi possível aceder e na morada que nos indicou já não vivia ninguém.

A participante **E5** várias vezes foi contactada e em duas delas aceitou ir, acabando por não comparecer.

No quadro seguinte são referidas as categorias que foram encontradas para dar resposta às questões de investigação no segundo momento de entrevista:

Tabela 28 - Categorias do segundo momento da entrevista

| Segundo momento | Categorias |
|-----------------|--|
| 1 ^a | Relatos sobre o regresso a casa |
| 2 ^a | Reacção de quando a situação é abordada |
| 3 ^a | Rede de apoio durante a interrupção e após a alta |
| 4 ^a | Vivências acerca do pior momento em todo o processo |
| 5 ^a | Passado e presente, que dilemas e que representações |
| 6 ^a | Regresso à vida profissional |
| 7 ^a | Resultado do exame ao feto e suas implicações |
| 8 ^a | Expectativas em relação ao futuro |

4.4.2.1. RELATOS SOBRE O REGRESSO A CASA

Tabela 29 - Relatos sobre o regresso a casa

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|----------------------------|------------------------------------|------------------------|--|
| Relatos sobre o regresso a | Forma como enfrentaram a chegada a | O isolamento à chegada | "O período em que fiquei em casa, (...) não falava. Faz parte para nós não falarmos, o estarmos escondidas." E1 |

| | | | |
|------|------|---|--|
| casa | casa | <p>A solidão de estar sozinha</p> <p>Sentir-se mal à chegada</p> <p>Estar em casa serviu para</p> | <p>“Acho que esse período nos faz muito bem.” E1</p> <p>“Em casa era o relembrar de tudo. O marido e a filha “... nem falavam do assunto.” E3</p> <p>“Eu passava muito tempo sozinha. ... eu ficava em casa. Foi uma época de eu lutar comigo mesma. ... Foi um mês complicado.” E3</p> <p>“Estive um mês em casa.” E3</p> <p>“Mal cheguei a casa senti-me mal. ... Fomos logo de férias. Fomos logo sair.”E4 “</p> <p>Porque estar em casa não dá, senão a pessoa fica muito mal.”E4</p> <p>“Quando cheguei a casa do hospital tinha apoio, coloquei toda a gente fora de casa.” E6</p> <p>“Mal cheguei a casa quis ficar sozinha e dormir, dormir.” E6</p> <p>“É uma forma do tempo passar e de colocar as ideias em ordem. Não quis logo companhia.” E6</p> <p>“Quando fui para casa não me ajudou nada, fui-me muito abaixo. Nessa primeira semana que fui para casa foi muito complicado para mim, mesmo muito complicado ... (a chorar).” E7</p> <p>“O primeiro dia em casa não me custou muito, eu não tinha quase nada para o bebé.” E8</p> <p>“Custou mais ao fim de uma semana, em que para as pessoas já passou, mas para mim ainda não passou, e agora é que me estou a sentir sozinha.” E8</p> <p>“Aquele mês serviu um pouco para arrumar o caso.” E8</p> |
|------|------|---|--|

4.4.2.1.1. *FORMA COMO ENFRENTARAM A CHEGADA A CASA*

Qualquer que seja o grau de sofrimento, ele encerra em si a angustia, o pânico, a depressão, o desmoronamento, anuncia uma destruição, uma perda. O indivíduo tem dificuldade em estabelecer um rumo após a sua experiência, enquanto recusa ao outro o seu reconhecimento da sua perda, que de acordo com Braus-Michel (2001) a causa desta contradição e desta recusa nasce da necessidade de silêncio e da solidão “o sofrimento de não terem palavras a dizer sobre si mesmos e de não terem uma escuta suficiente (p. 61).

O isolamento à chegada representa o que atrás foi referido nas respostas das participantes:

“O período em que fiquei em casa, ... não falava.” E1

“Acho que esse período nos faz muito bem.” E1

“Quando cheguei a casa do hospital tinha apoio, coloquei toda a gente fora de casa.” E6

“Mal cheguei a casa quis ficar sozinha e dormir, dormir.” E6

Os familiares por seu turno em face da situação e do comportamento manifestado pela mulher também não abordam a questão, há como que uma perda de objectividade em abordar e falar acerca da situação. Como refere Cabral (2005) após a perda de uma gravidez os casais vivem um período de grande stress, por um lado devido á dificuldade de comunicar e à falta de sincronia na sua forma de agir, por outro na forma de lidar com o sofrimento e as tensões relacionais.

O marido e a filha *“... nem falavam do assunto.” E3*

“Eu passava muito tempo sozinha. ... eu ficava em casa. Foi uma época de eu lutar comigo mesma. ... Foi um mês complicado.” E3

E8 teve um grande suporte familiar e dos amigos no início, que foi declinando ao fim de uma semana conforme refere *“Custou mais ao fim de uma semana, em que para as pessoas já passou, mas para mim ainda não passou, e agora é que me estou a sentir sozinha.”*

A chegada a casa revestiu-se em sentimentos díspares, para a maioria das mulheres era um refúgio ou um local de onde se deveria logo sair.

“Faz parte para nós não falarmos, o estarmos escondidas.” E1

“Em casa era o relembrar de tudo.” E3

“Estive um mês em casa.” E3

“Aquele mês serviu um pouco para arrumar o caso.” E8

“Porque estar em casa não dá, senão a pessoa fica muito mal.” E4

*“Mal cheguei a casa senti-me mal. ... Fomos logo de férias. Fomos logo sair.”***E4**

“É uma forma do tempo passar e de colocar as ideias em ordem. Não quis logo companhia.” **E6**

Para **E7** a sua chegada a casa foi difícil porque foi o ressuscitar de fragilidades, da não satisfação em alcançar o objectivo que se tinha proposto, e ao mesmo tempo encontrar e defrontar a sua realidade, o seu lar.

“Quando fui para casa não me ajudou nada, fui-me muito abaixo. Nessa primeira semana que fui para casa foi muito complicado para mim, mesmo muito complicado ... (a chorar).”

A licença para os casos de interrupção médica de gravidez, de acordo com o Decreto-Lei 70/2000 de 4 de Maio, artigo 10º nº 5. “Em caso de aborto a mulher tem direito a licença com a duração mínima de 14 dias e máxima de 30 dias” (p. 1827). De salientar que todas as participantes gozaram a licença de trinta dias, excepto **E1**, que gozou só uma semana.

“Sim, tirei 30 dias de licença. Depois comecei a trabalhar (...)” **E3**

4.4.2.2. REACÇÃO DE QUANDO A SITUAÇÃO É ABORDADA

Tabela 30 - Reacção de quando a situação é abordada

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| Reacção de quando a situação é abordada | Como reage ao falar da sua situação | Havia alturas em que falar ajudava | “O facto de se falar, de exteriorizar, o sermos confrontadas com o que aconteceu, isso ajuda a ver as coisas como elas são.” E1 “Mas havia outras alturas em que também sabia bem falar.” E1 “Quando liguei para saber dos resultados dos exames ao feto ... derrepente comecei a ficar emocionada, as lágrimas começaram a sair. Tive de ligar mais tarde. ... voltou tudo a ser recordado em catadupa.” E1 |
| | | Não querer falar do assunto | “O facto de participar neste seu trabalho fez-me muito bem, ajudou muito. Fez-me ... exteriorizar, partilhar com alguém que acompanha outras pessoas que passaram |
| | | A família não querer abordar | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| | | o assunto | pelo mesmo problema.” E1 “A princípio, em casa, eu não queria falar. Não queria mesmo falar do assunto.” E3 “Os três falámos do assunto em casa. Foi só uma conversa onde esclarecemos tudo.” E3 “A minha filha tinha algumas dúvidas, ... eu deixei-a perguntar, respondi e depois andamos um tempo sem falar do assunto. Mas depois voltamos a falar mais vezes do assunto.” E3 “A família do meu marido nem me aborda a questão, eles tem mais a ideia de não falar, vamos lá esquecer e pronto.” E4 “O marido ... tem uma maneira diferente de ver. Não quer falar do assunto ... tentar esquecer ... ir em frente. Ele é mais calado.” E4 “Eu acho que ao olhar para trás, eu gostava que houvesse alguém com quem falar, alguém que nos atendesse uma vez por semana, que falasse e nos compreendesse.” E4 “Há tantas alturas em que me sinto irritada, deprimida e gostaria de ter alguém que não fosse amiga, que não fosse família, que fosse profissional para me ajudar.” E4 “Se houvesse um espaço, isso seria importante. A pessoa podia falar. Alguém que já tenha passado por este problema, eles tem experiências e conselhos para dar.” E4 “Eu própria tenho conselhos para dar, isso se calhar era outra maneira de ultrapassar isto, acho que ajudava.” E4 “Sem falar é difícil.” E4 “A conversa que tive consigo aquando da alta organizou-me muito as minhas ideias, estava confusa nessa altura e ajudou-me.” E6 “Ao participar neste trabalho ajudou-me, ... nenhum profissional fala tão abertamente deste assunto” E6 “Falar ajudou-me.” E6 “Ajudou-me participar no estudo, porque a conversa que tive consigo nunca tive com mais ninguém.” E6 “Os amigos e mesmo a nível do emprego foi muito importante. Ao falarem comigo da situação, eu ao não me esconder. É bom falar.” E7 “Quando sou abordada ainda sinto um bocadinho, mas depois meto logo tudo para trás das costas.” E7 “Quando me falam disto sinto uma certa dor, saudade da gravidez.” E7 “Para mim o facto de falar e de dizer o que se passou e aconteceu ajuda imenso.” E7 |
| | | Necessidade de falar com alguém | |
| | | Falar do assunto provoca saudade | |
| | | Não haver tabu acerca do assunto | |
| | | Falar da situação é importante | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>“Eu passei por isto e o falar é uma maneira de expressar o que está cá dentro (...).” E8</p> <p>“Mas falar é bom, é por ter tantas pessoas que me possam ouvir.” E8</p> <p>“Não foi tabu para ninguém, falou-se perfeitamente, uns com mais dor que outros.” E8</p> <p>“Mas falar é muito importante, eu precisava de falar.” E8</p> |
|--|--|--|---|

4.4.2.2.1. *COMO REAGE AO FALAR DA SUA SITUAÇÃO*

Para Rebelo (2005) o luto é um processo “psico-social que, que no seu desenvolvimento normal, visa a transferência, na esfera emocional, da vinculação em relação a um objecto perdido para memórias amenas das expressões da vinculação” (p. 373).

As perdas gestacionais apresentam uma estrutura particular em relação ao luto normal como nos afirma Cabral (2005):

- **“Embotamento emocional e negação (choque)**

– o corre durante o parto ou pouco tempo antes do tempo previsto para o final da gravidez;

- **Culpa ou raiva** – caso se tenha realizado a

interrupção electiva ou voluntária da gravidez no passado, esse acontecimento é sempre associado à actual perda;

- **Inveja e ciúmes** – dirigido às grávidas e mães

recentes ...;

- **Retorno menstrual** – este acontecimento é

geralmente considerado como positivo para o desenrolar do processo de luto, pois traz consigo a esperança de uma nova gravidez poder ser tentada. ...;

- **O nascimento de um bebé saudável** – em

alguns casos, apenas depois de ter dado à luz um bebé saudável é que a mulher consegue ultrapassar a perda da gravidez anterior” (p. 74-75).

Para Worden (1998) “existe evidência de que todas as pessoas sofrem com a perda em maior ou menor grau” (p. 21).

De acordo com Cabral (2005), são os médicos e os enfermeiros que primeiro atendem estas situações de interrupção de gravidez, e a sua abordagem possibilita, através de uma escuta empática, que as mulheres verbalizem a agressividade, culpa e fantasias acerca da situação. São estes técnicos de saúde que as enviam quando carecem de encaminhamento e de apoio psicológico.

Estando com as mulheres, dialogando com elas, a/o enfermeira/o cria todas as condições, todas as infra-estruturas conceptuais para todo o trabalho de humanização. Pela partilha e participação, a/o enfermeira/o reconhece-se próximo do utente com quem está e de quem cuida.

O diálogo é importante, Worden (1998) refere como noutras perdas existe a necessidade de falar sobre o que aconteceu, mas geralmente os amigos e famílias podem não saber da existência da gravidez e sentirem desconforto a abordar essa experiência. O desconforto não vai ajudar a resolver o luto.

Para a maioria das participantes, o falar acerca da situação ajudou-as segundo referem: **E7** *“Para mim o facto de falar e de dizer o que se passou e aconteceu ajuda imenso.”*

“Sem falar é difícil.” E4

“Falar ajudou-me.” E6

“Os amigos e mesmo a nível do emprego foi muito importante. Ao falarem comigo da situação, eu ao não me esconder. É bom falar.” E7

“Mas falar é muito importante, eu precisava de falar.” E8

“Mas havia outras alturas em que também sabia bem falar.” E1

A participante **E3** teve alguma dificuldade em abordar a sua situação em casa com o marido e com a filha, *“A princípio, em casa, eu não queria falar. Não queria mesmo falar do assunto”,* mas depois refere *“A minha filha tinha algumas dúvidas, ... eu deixei-a perguntar, respondi e depois andamos um tempo sem falar do assunto. Mas depois voltamos a falar mais vezes do assunto.”*

A família do marido de **E4** não querer abordar o assunto. A partilha, a compreensão e disponibilização de ajuda para quem está em sofrimento,

permite que se instale a comunicação. O sentir-se compreendido ajuda a quebrar o isolamento e a solidão, porque como refere Barus-Michel e Camps (2001/2003), o sofrimento também pode ser considerado um estado de abandono e solidão moral completa. *“A família do meu marido nem me aborda a questão, eles tem mais a ideia de não falar, vamos lá esquecer e pronto.” E4*

Como refere Worden (1998) algumas pessoas tem dificuldade em lidar com a sua perda, e por consequência ocultam as tarefas de ultrapassar o luto, para regressar a uma vida normal. Para melhorar a sua adaptação necessitam de ajuda frequente para resolver o luto de forma mais eficaz. É essa chamada de atenção que nos dá esta utente: *“Eu acho que ao olhar para trás, eu gostava que houvesse alguém com quem falar, alguém que nos atendesse uma vez por semana, que falasse e nos compreendesse.” E4*

“Há tantas alturas em que me sinto irritada, deprimida e gostaria de ter alguém que não fosse amiga, que não fosse família, que fosse profissional para me ajudar.” E4

Esta utente foi encaminhada e acompanhada pela psicoterapia, mas achou que deveria haver mais sessões e mais disponibilidade para a atender.

“Se houvesse um espaço, isso seria importante. A pessoa podia falar. Alguém que já tenha passado por este problema, eles tem experiências e conselhos para dar.” E4

Rebelo (2005) fala-nos na entreajuda ou auto-ajuda, como “um meio de intervenção comunitária que visa o apoio a problemas individuais muitas vezes com repercussões sociais” (p.373). A utente se tivesse essa oportunidade achava que poderia ela própria contribuir: *“Eu própria tenho conselhos para dar, isso se calhar era outra maneira de ultrapassar isto, acho que ajudava.” E4*

Participar no estudo ajudou duas mulheres, porque após a sua cooperação, pediram ajuda em algumas situações que sentiam dificuldade, o que foi prontamente acedido. Não só a estas, mas também a todas as outras, houve disponibilidade de ajuda no que estivesse ao nosso alcance, e com todos os subsídios que temos adquirido ao longo destes anos, foi fácil abordarmos estas questões que para muitos profissionais são assunto tabu.

“O facto de participar neste seu trabalho fez-me muito bem, ajudou muito. Fez-me ... exteriorizar, partilhar com alguém que acompanha outras pessoas que passaram pelo mesmo problema.” E1

“A conversa que tive consigo aquando da alta organizou-me muito as minhas ideias, estava confusa nessa altura e ajudou-me.” E6

“Ao participar neste trabalho ajudou-me, ... nenhum profissional fala tão abertamente deste assunto” E6

“Ajudou-me participar no estudo, porque a conversa que tive consigo nunca tive com mais ninguém.” E6

Para os familiares e amigos de E8 não houve problema em se falar abertamente da situação como refere: *“Não foi tabu para ninguém, falou-se perfeitamente, uns com mais dor que outros.”*

“Eu passei por isto e o falar é uma maneira de expressar o que está cá dentro” E8

“Mas falar é bom, é por ter tantas pessoas que me possam ouvir.” E8

Entretanto referem duas mulheres que por vezes falar do assunto lhes provoca comoção e saudade:

“Quando liguei para saber dos resultados dos exames ao feto ... derrepente comecei a ficar emocionada, as lágrimas começaram a sair. Tive de ligar mais tarde. ... voltou tudo a ser recordado em catadupa.” E1

“Quando me falam disto sinto uma certa dor, saudade da gravidez.” E7

Falar da situação que lhes aconteceu ajuda à maioria das participantes.

4.4.2.3. REDE DE APOIO DURANTE A INTERRUPÇÃO E APÓS A ALTA

Tabela 31 - Rede de apoio durante a interrupção e após a alta

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|---|---|------------------|---|
| Rede de apoio durante a interrupção e após a alta | Que apoios teve durante a evolução de todo o processo | Apoio da família | “Quer a família directa, quer a do meu marido, quer os amigos, foi de um companheirismo e de um acompanhamento constante.” E1 “O acompanhamento pela Psicóloga foi |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Apoio do marido e/ou companheiro</p> <p>Apoio dos amigos</p> <p>Apoio de técnico especializado</p> <p>Reacção a esses apoios</p> | <p>impecável, tanto para mim, como para a minha filha e marido.” E3</p> <p>“A família não sabia de nada, quando lhes contamos reagiram com tristeza.” E3</p> <p>“Os meus sogros ... são pessoas antigas ... nem queriam que tivesse-mos filhos. Aos meus pais nem chegamos a contar.” E3</p> <p>“A minha família ficou muito triste.” E4</p> <p>“Se eu sofro a minha mãe também sofre ao ver-me sofrer.” E4</p> <p>“Eles agora dão-me força a dizer que vai correr tudo bem.” E4</p> <p>“Lá no meu país, eu tenho os meus amigos. Perguntam: Estás bem? Eles perguntam porque querem saber. Se eu digo não estou, eles tem tempo para se sentarem e ouvir.” E4</p> <p>“A família e os amigos são as pessoas que nos conhecem melhor e melhor sabem falar comigo.” E4</p> <p>“Aqui não. Perguntam: estás bem? Eu digo não. Eles respondem que o tempo vai ajudar e tchau.” E4</p> <p>“Aqui são amigos e não são tão próximos, e depois não tenho a minha família.” E4</p> <p>“Na Psicóloga vim cá e marcou-me passados dois meses e meio depois e agora mais mês e meio. Isso é muito tempo. Não chega, não é suficiente. Não há possibilidade de falar de coisas de fundo na consulta. Não há tempo.” E4</p> <p>“O meu marido ... optou por não me falar do assunto.” E6</p> <p>“O meu marido a maneira que arranjou para me proteger foi remeter-se ao silêncio.” E6</p> <p>“O meu marido refugiou-se no silêncio, acho que ele como homem foi a melhor forma que encontrou para me proteger.” E6</p> <p>“Acompanhou-me sempre, mas em silêncio. Senti-me acompanhada por ele, mas nunca me quis abordar o assunto.” E6</p> <p>“O apoio familiar é muito importante.” E6</p> <p>“O facto de andar na consulta de psicoterapia ajudou muito.” E7</p> <p>“Na primeira não consegui dizer ou falar acerca de nada. Na segunda falei e isso foi bom, ajudou-me muito a falar e isso ajudou.” E7</p> <p>“Não senti necessidade de apoio, acho que fui ultrapassando e gerindo as coisas.” E8</p> |
|--|--|---|--|

4.4.2.3.1. QUE APOIOS TEVE DURANTE A EVOLUÇÃO DE TODO O PROCESSO

Uma fraca rede de apoio familiar e social, de acordo com Rolim e Canavarro (2001), podem ser factores de risco para desencadear crises depressivas e evoluir para perturbações depressivas. As pessoas que dispõem de recursos pessoais e relacionais adequados, com o passar do tempo vão apresentando uma melhoria progressiva do seu estado emocional, com redução da ansiedade, culpa e vergonha.

“Quer a família directa, quer a do meu marido, quer os amigos, foi de um companheirismo e de um acompanhamento constante.” E1

“A família não sabia de nada, quando lhes contamos reagiram com tristeza.” E3

“Se eu sofro a minha mãe também sofre ao ver-me sofrer.” E4

“Eles agora dão-me força a dizer que vai correr tudo bem.” E4

“Lá no meu país, eu tenho os meus amigos. Perguntam: Estás bem? Eles perguntam porque querem saber. Se eu digo não estou, eles tem tempo para se sentarem e ouvir.” E4

“A família e os amigos são as pessoas que nos conhecem melhor e melhor sabem falar comigo.” E4

“Aqui não. Perguntam: estás bem? Eu digo não. Eles respondem que o tempo vai ajudar e tchau.” E4

“Aqui são amigos e não são tão próximos, e depois não tenho a minha família.” E4

“O apoio familiar é muito importante.” E6

“Eu tive amigas, o meu marido, os meus pais, foi importante para eu deitar tudo para fora e não precisar de ajudas especializadas.” E8

Existe a crença de que quando existe uma perda de uma gravidez só a mulher sofre, o pai/companheiro mesmo que sofra, não o deve demonstrar. Rolim e Canavarro (2001) referem que “os homens sofrem intensamente,

mesmo que não o expressem abertamente, pois é comum que neguem a dor e ocultem os sentimentos” (p. 276).

Na perda de uma gravidez o pai/companheiro tem uma menor ligação ao feto do que a mãe, ao pai tradicionalmente compete o papel estereotipado de dar apoio e cuidado à família e de ser fonte de conforto para a mãe de acordo com Cabral (2005), Os homens “referem frequentemente a necessidade de bloquear as suas próprias respostas emocionais para poderem ser um suporte para as mães” (p. 79).

“O marido ... tem uma maneira diferente de ver. Não quer falar do assunto ... tentar esquecer ... ir em frente. Ele é mais calado.” E4

“O meu marido ... optou por não me falar do assunto.” E6

“O meu marido a maneira que arranjou para me proteger foi remeter-se ao silêncio.” E6

“O meu marido refugiou-se no silêncio, acho que ele como homem foi a melhor forma que encontrou para me proteger.” E6

“Acompanhou-me sempre, mas em silêncio. Senti-me acompanhada por ele, mas nunca me quis abordar o assunto.” E6

Em ambos os Hospitais é sempre abordado no acto da comunicação da malformação a possibilidade que as mulheres têm de serem acompanhadas pelo Serviço de Psiquiatria de Ligação para apoio de técnico especializado. Este acompanhamento é sempre efectuado de acordo com a vontade explícita da utente, que pode abarcar toda a sua família, mas em ambos os hospitais, de acordo com a equipa médica, mas existe pouca receptividade em o aceitar.

“O acompanhamento pela Psicóloga foi impecável, tanto para mim, como para a minha filha e marido.” E3

“Na Psicóloga vim cá e marcou-me passados dois meses e meio depois e agora mais mês e meio. Isso é muito tempo. Não chega, não é suficiente. Não há possibilidade de falar de coisas de fundo na consulta. Não há tempo.” E4

“O facto de andar na consulta de psicoterapia ajudou muito.” E7

“Na primeira não consegui dizer ou falar acerca de nada. Na segunda falei e isso foi bom, ajudou-me muito a falar e isso ajudou.” E7

“Não senti necessidade de apoio, acho que fui ultrapassando e gerindo as coisas.” E8

“Não me senti desacompanhada, ... nos últimos quinze dias de baixa já me custaram mais, sofri um bocadinho, mas acho que faz parte do processo de luto.” E8

4.4.2.4. VIVÊNCIAS ACERCA DO PIOR MOMENTO DE TODO O PROCESSO

Tabela 32 - Vivências acerca do pior momento de todo o processo

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|---|---|-----------------------------------|---|
| Vivências acerca do pior momento de todo o processo | Onde lhes foi mais difícil em todo o processo | No início do processo | <p>“Talvez tenha sido no início ... porque não sabia ao certo o que era. ... não sabia para o que estava guardada. Foi o período em que me custou mais.” E1</p> <p>“Mas o que me custou mais realmente foi o início.” E1</p> |
| | | Durante a interrupção no hospital | <p>“A sensação no início quando se recebe a notícia é como um soco forte, a que não conseguimos reagir. Ficamos sem forças, sem ar para respirar, sem nada. Só nos apetece chorar.” E3</p> <p>“Hoje em dia tem de se fazer as coisas sem a mulher ver, sem a mulher sofrer.” E3</p> <p>“Eu não tive opção de escolha. Se até ali não tive dores. Já chegava a dor que eu tinha dentro de mim.” E3</p> |
| | | Durante a expulsão do feto | <p>“A pessoa deve ter opção de querer ver ou não o feto. Aconteceu e como não tinha ninguém ao pé de mim, tive de ver o que não queria, ... preferia não ter visto.” E3</p> <p>“De tudo, para mim, foi esta a parte mais complicada.” E3</p> <p>“Acho que o momento mais difícil foi quando me deram a notícia. A notícia foi horrível ... tivemos o fim-de-semana para tomar a decisão.” E4</p> <p>“Esse fim-de-semana foi horrível ... para os dois Foi o pior.” E4</p> |
| | | À chegada a | <p>“Agora é outra dor.”</p> <p>“Agora está tudo concluído, tudo mesmo. Não há nada a fazer ... (lágrimas nos</p> |

| | | | |
|--|--|-------------------------|---|
| | | casa | olhos)." E4 "O pior momento foi depois de eu ter chegado a casa. Não foi logo, ... Tive uma euforia estúpida ... parecia que não me tinha acontecido nada." E6 |
| | | Quando foi trabalhar | "Mas o pior foi mesmo quando fui trabalhar, foi quando me começaram a fazer mais perguntas." E6 "Quando encarei a gravidez e como me foi colocada a situação é uma dor. Foi um choque muito grande." E7 "Foi em duas situações que me custou mais: quando tive a notícia e custou-me muito aqui no hospital na altura da interrupção." E7 "Logo que fui para casa também me fui abaixo, mas o marido esteve sempre comigo" E7 "Agora começo a falar e fico mais emocionada." E7 "Nada fazia prever este desfecho." E8 "O choque inicial foi o momento de maior dor." E8 "O choque inicial, esse sem dúvida." E8 "Depois arranjamos força para se tem de ser, tem de ser." E8 "No internamento acho que estive bem. (...) Como já tinha tomado a decisão, não podia recuar, então teve de ser." E8 "Acho que foi quando soube da notícia e depois de uma semana em casa." E8 "Não me senti desacompanhada, (...) nos últimos quinze dias de baixa já me custaram mais, sofri um bocadinho, mas acho que faz parte do processo de luto." E8 |

4.4.2.4.1. ONDE LHES FOI MAIS DIFÍCIL EM TODO O PROCESSO

Para as mulheres submetidas a interrupção médica de gravidez pretendeu-se saber qual foi o pior momento por si vivido durante todo este processo, desde o início até ao presente. No quadro seguinte, apresentamos para além da frase significativa, o período decorrido desde a data da interrupção médica no hospital e o segundo momento da entrevista.

Tabela 33 - Espaço de tempo decorrido após a interrupção da gravidez e qual o período que mais lhes custou.

| Participantes | Espaço tempo Após IMG | 2º momento da entrevista |
|---------------|-----------------------|---|
| E1 | 3 meses | <i>"Mas o que me custou mais realmente foi o início."</i> E1 |
| E3 | 3 meses | <i>"(...) tive de ver o que não queria, ... preferia não ter visto. De tudo, para mim, foi esta a parte mais complicada."</i> E3 |
| E4 | 3 meses | <i>"Acho que o momento mais difícil foi quando me deram a notícia. A notícia foi horrível ... tivemos o fim-de-semana para tomar a decisão."</i> E4 |
| E6 | 6,5 meses | <i>"Mas o pior foi mesmo quando fui trabalhar, foi quando me começaram a fazer mais perguntas."</i> E6 |
| E7 | 2 meses | <i>"O maior choque foi quando tive a notícia."</i> E7 <i>"Foi em duas situações que me custou mais: quando tive a notícia e custou-me muito aqui no hospital na altura da interrupção."</i> E7 |
| E8 | 2 meses | <i>"O choque inicial foi o momento de maior dor. O choque inicial, esse sem dúvida."</i> E8 |

O pior momento experienciado pela utente **E1** prende-se com o início do processo, quando estava na expectativa acerca da possível malformação: *"Talvez tenha sido no início ... porque não sabia ao certo o que era. ... não sabia para o que estava guardada. Foi o período em que me custou mais."*, *"Mas o que me custou mais realmente foi o início."*

Durante a expulsão do feto, por não o querer ver, para **E3** foi o pior momento, apesar de lhe ter custado muito a notícia da malformação: *"A pessoa deve ter opção de querer ver ou não o feto. Aconteceu e como não tinha ninguém ao pé de mim, tive de ver o que não queria, ... preferia não ter visto."* *"Hoje em dia tem de se fazer as coisas sem a mulher ver, sem a mulher sofrer."* *"Eu não tive opção de escolha. Se até ali não tive dores. Já chegava a dor que eu tinha dentro de mim."* *"De tudo, para mim, foi esta a parte mais complicada."*

"A sensação no início quando se recebe a notícia é como um soco forte, a que não conseguimos reagir. Ficamos sem forças, sem ar para respirar, sem nada. Só nos apetece chorar." **E3** Refere uma dor terebrante, que é intensa e aguda, semelhante a um soco.

Para **E4** o pior momento foi quando lhe deram a notícia: *"Acho que o momento mais difícil foi quando me deram a notícia. A notícia foi horrível ... tivemos o fim-de-semana para tomar a decisão."*

“Esse fim-de-semana foi horrível ... para os dois Foi o pior.”

“Agora está tudo concluído, tudo mesmo. Não há nada a fazer ... (lágrimas nos olhos).” E4

Quando foi trabalhar foi para **E6** o pior momento apesar de início afirmar que foi depois de ter chegado a casa:

“O pior momento foi depois de eu ter chegado a casa. Não foi logo, ... Tive uma euforia estúpida ... parecia que não me tinha acontecido nada.”

“Mas o pior foi mesmo quando fui trabalhar, foi quando me começaram a fazer mais perguntas.” E6

Para **E7** houve dois momentos que lhe custaram mais foi na comunicação da notícia e durante a interrupção no hospital, apesar de ser peremptória em afirmar que o mais que lhe custou foi a notícia:

“O maior choque foi quando tive a notícia.”

“Quando encarei a gravidez e como me foi colocada a situação é uma dor. Foi um choque muito grande.” E7

“Foi em duas situações que me custou mais: quando tive a notícia e custou-me muito aqui no hospital na altura da interrupção.” E7

Quando lhe deram a notícia da malformação foi o pior momento para **E8**:

“Nada fazia prever este desfecho.”

“O choque inicial foi o momento de maior dor.” E8

“O choque inicial, esse sem dúvida.” E8

“Depois arranjamos força para se tem de ser, tem de ser.” E8

4.4.2.5. PASSADO E PRESENTE, QUE DILEMAS E QUE REPRESENTAÇÕES

Tabela 34 - Passado e presente, que dilemas e que representações

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------|--|
| Passado e presente, que dilemas e que | Momentos que não se esquecem | O porquê a mim? | “Questionei-me, porquê a mim. Culpa acho que não senti.” E1 “Não dá para se escolher, não é nada que |

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| representações | | <p>O tempo de espera pela decisão</p> <p>Quando lhe abordam a situação</p> <p>O recordar em datas festivas</p> <p>A decisão que teve de tomar</p> | <p>seja erro nosso.” E1</p> <p>“Estas coisas não acontecem só aos outros, também nos podem acontecer também a nós, baterem-nos à porta.” E1</p> <p>“Agora é diferente, o que eu sinto é uma mágoa, uma sensação de que estive quase a ser mãe e não sou.” E3</p> <p>“Às vezes sinto uma revolta muito grande, outras é mais uma mágoa das coisas não terem corrido bem.” E3</p> <p>“Em casa, era o relembrar de tudo. No meu prédio é tudo casais novos com bebés, o que não é vantajoso.” E3</p> <p>“Quando me falam da situação sinto que foi a pior coisa que me aconteceu na minha vida.” E4</p> <p>“É uma dor que eu não sabia que existia. É mau, muito complicado de falar e de explicar, não é fácil.” E4</p> <p>“Eu sentia o bebé, eu tinha uma relação com ela. Falava com ela todos os dias e sentia dar pontapés. ... Nós temos o bebé dentro do nosso corpo, é outra relação durante a gravidez que nós temos.” E4</p> <p>“Fui eu que estive aqui no hospital, eu tenho mais recordações.” E4</p> <p>“Aos meus amigos aqui é difícil falhar-lhes do meu problema. Porque estão as mulheres grávidas e com crianças pequenas. Eu não consigo falar-lhes do meu problema.” E4</p> <p>“Um dia destes dias tive uma reacção esquisita. Fui a um local onde estavam várias amigas minhas e onde uma delas estava grávida. Eu fiquei com uma birra tão grande, amuei o fim-de-semana inteiro.</p> <p>Não foi inveja, mas entristeceu-me tanto. Ela falou-me dos medos dela, fez-me reviver tudo pelo que passei. Se calhar, pensei eu, foi de estar a falar do assunto, das preocupações que eu já tive. Fiquei mesmo muito amuada.” E6</p> <p>“E será que a decisão foi bem tomada? É este o meu dilema moral.” E6</p> <p>“... não haverá erros na análise ao liquido amniótico? ... será que podemos acreditar?” E6</p> <p>“Foi a data do meu aniversário, ... andava mais deprimida, e estavam a aproximar-se o Natal e o Ano Novo, períodos que foram difíceis de ultrapassar.” E6</p> <p>“O que mais me marcou foi o referendo do aborto ... toda a culpabilização que punha em todos os discursos que eu ouvia.” E6</p> <p>“Eu mesma antes de engravidar, quando se falava de aborto eu pensava: será que as pessoas que fazem o aborto não passam o resto da vida a pensar como é que seria aquele bebé.” E6</p> |
|----------------|--|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>“Se eu pensava antes, agora ainda é pior, depois daquilo por que passei.”</p> <p>“Esta situação por que passei não mais me poderei desligar dela. ... E foi com esta tomada de decisão com que agora tenho de viver.” E6</p> <p>“O problema moral é o que mais me atormenta. Foi o de não ter sido uma coisa natural e eu ter tido de tomar uma decisão de interromper.” E6</p> <p>“O que sinto é dor moral.” E6</p> <p>“Se for um aborto espontâneo sofre-se, mas não se toma nenhuma decisão no que se passa.” E6</p> <p>“Tive de decidir e depois temos as nossas regras de vida pelas quais nos guiamos. Mas esta tomada de decisão parece que nos acobarda.” E6</p> <p>“Será que estou a proteger a criança ou me estou a proteger a mim?” E6</p> <p>“Sinto tristeza e pena de não ter seguido em frente, de não ter tido um bebé saudável.” E7</p> <p>“Eu nunca conseguiria seguir com uma gravidez em frente, desde que soubesse que o bebé era deficiente.” E7</p> <p>“Eu também estava certa daquilo que queria fazer.” E7</p> <p>“Eu tenho um filho deficiente, é quem mais adoro neste mundo. Mas não deixa de ser uma dor.” E7</p> <p>“Como optei por engravidar, sabia o risco que corria e estava perfeitamente ciente do risco que corria.” E7</p> <p>“... tivemos um encontro de mães e pais de X frágil, ... eles não sabem que eu interrompi. ... há outros pais que decidiram ir em frente com a gravidez e eu não me senti confortável.” E7</p> <p>“Temos opções diferentes. ... não era capaz de seguir em frente com a gravidez, para ter um filho com deficiência, eles fizeram essa opção.” E7</p> <p>“É seguir em frente e viver a vida o melhor possível (...) é que não vou esquecer nunca. Eu cheguei a ter uma filha que não cheguei a conhecer deficiente.” E7</p> <p>“Tenho a minha cunhada grávida e uma sobrinha de 2 anos, mas não sinto mágoa ao vê-la. Eu gosto imenso de bebés, o que sinto é mesmo tristeza de não ter um ainda.” E8</p> |
|--|--|--|--|

4.4.2.5.1. MOMENTOS QUE NÃO SE ESQUECEM

O porquê a mim? Esta questão continua a acompanhar a utente **E1**, que já durante o primeiro momento da entrevista focou esta preocupação. No decorrer da entrevista mostrou estar aparentemente com o processo de luto a resolver-se e uma melhoria significativa do seu estado emocional.

*“Questionei-me, porquê a mim. Culpa acho que não senti.” **E1***

*“Não dá para se escolher, não é nada que seja erro nosso.” **E1***

*“Estas coisas não acontecem só aos outros, também nos podem acontecer também a nós, baterem-nos à porta.” **E1***

A participante **E4**, parece estar na fase de luto: Fase de desespero e expressão de dor, que de acordo com Rolim e Canavarro (2001), desenrola-se das duas semanas após a perda até seis a oito meses após. Tem consciência da perda, e assume a perda como sua: *“Quando me falam da situação sinto que foi a pior coisa que me aconteceu na minha vida.” **E4***, *“Fui eu que estive aqui no hospital, eu tenho mais recordações. Nós temos o bebé dentro do nosso corpo, é outra relação durante a gravidez que nós temos.” **E4***. Também são frequentes sentimentos de culpabilização e de raiva. Vive um certo isolamento por não ter a sua família junto de si, e os amigos que tem as mulheres grávidas ou crianças pequenas, e refere que *“Aos meus amigos aqui é difícil falhar-lhes do meu problema. Porque estão as mulheres grávidas e com crianças pequenas. Eu não consigo falar-lhes do meu problema.” **E4***

*“É uma dor que eu não sabia que existia. É mau, muito complicado de falar e de explicar, não é fácil.” **E4***

O mais difícil e doloroso para E4 foi a relação estabelecida com o bebé *“Eu sentia o bebé, eu tinha uma relação com ela. Falava com ela todos os dias e sentia dar pontapés.”*

Quando lhes abordam questões relacionadas com a gravidez as participantes reagem como é o caso de **E6**, deprimindo-se *“Um dia destes dias tive uma reacção esquisita. Fui a um local onde estavam várias amigas minhas e onde uma delas estava grávida. Eu fiquei com uma birra tão grande, amuei o*

fim-de-semana inteiro. Não foi inveja, mas entristeceu-me tanto. Ela falou-me dos medos dela, fez-me reviver tudo pelo que passei. Se calhar, pensei eu, foi de estar a falar do assunto, das preocupações que eu já tive. Fiquei mesmo muito amuada.”

As datas festivas também contribuem para o relembrar da situação: *“Foi a data do meu aniversário, ... andava mais deprimida, e estavam a aproximar-se o Natal e o Ano Novo, períodos que foram difíceis de ultrapassar.” E6*

Rolim e Canavarro (2001) referem que era tradicionalmente aceite que a ligação afectiva do bebé se fazia na altura do nascimento, havendo a ideia que existia uma passividade da mãe em relação ao feto. Actualmente, é consensual que a ligação afectiva da mãe ao feto decorre durante a gravidez, usando-se a terminologia de vinculação pré-natal. A ligação afectiva vai ser fortalecida principalmente a partir do segundo trimestre, quando a mãe percebe os movimentos fetais. Ainda segundo, quanto mais prolongado for o período de gestação, mais forte é a ligação da mãe ao bebé e por conseguinte, maior o sofrimento causado pela perda.

A utente **E3** que já referia sentir movimentos fetais, tem uma expressão em que refere que sente revolta pelo que lhe aconteceu e mágoa e que esteve quase a ser mãe. Para complicar toda a sua resolução e reorganização do luto, no seu prédio há muitos casais jovens com bebés.

“Agora é diferente, o que eu sinto é uma mágoa, uma sensação de que estive quase a ser mãe e não sou.”

“Às vezes sinto uma revolta muito grande, outras é mais uma mágoa das coisas não terem corrido bem.” E3

“Em casa, era o relembrar de tudo. No meu prédio é tudo casais novos com bebés, o que não é vantajoso.” E3

Com toda a tristeza com que continua a lidar no seu dia-a-dia, **E7** aceita e está ciente da atitude que tomou.

“Sinto tristeza e pena de não ter seguido em frente, de não ter tido um bebé saudável.” E7

“Eu nunca conseguiria seguir com uma gravidez em frente, desde que soubesse que o bebê era deficiente.” E7

“Como optei por engravidar, sabia o risco que corria e estava perfeitamente ciente do risco que corria.” E7

A decisão que teve de tomar continua ainda muito presente, passados seis meses e meio após a interrupção da gravidez.

“Se eu pensava antes, agora ainda é pior, depois daquilo por que passei.” E6

O sofrimento e o luto estão bem presentes mas já este último em fase de resolução e reorganização.

“Esta situação por que passei não mais me poderei desligar dela. ...E foi com esta tomada de decisão com que agora tenho de viver.” E6

Mas ainda existe uma grande auto-culpabilização por todo o processo de interrupção que foi vivenciado.

“Se for um aborto espontâneo sofre-se, mas não se toma nenhuma decisão no que se passa.” E6

“Tive de decidir e depois temos as nossas regras de vida pelas quais nos guiamos. Mas esta tomada de decisão parece que nos acobarda.” E6

“Será que estou a proteger a criança ou me estou a proteger a mim?” E6

O sofrimento moral ainda abordado com muita ênfase associado ao seu contexto sócio-cultural e espiritual em relação á sua tomada de decisão.

“O problema moral é o que mais me atormenta. Foi o de não ter sido uma coisa natural e eu ter tido de tomar uma decisão de interromper.” E6

“O que sinto é dor moral.” E6

“O que mais me marcou foi o referendo do aborto ... toda a culpabilização que punha em todos os discursos que eu ouvia.” E6

“Eu mesma antes de engravidar, quando se falava de aborto eu pensava: será que as pessoas que fazem o aborto não passam o resto da vida a pensar como é que seria aquele bebê.” E6

Ainda existem algumas dúvidas acerca da exactidão da decisão tomada e se os próprios resultados estavam correctos, continua-se a viver num clima de indefinição e de pessimismo em **E6**.

*“E será que a decisão foi bem tomada? É este o meu dilema moral.” “não haverá erros na análise ao liquido amniótico? ... será que podemos acreditar?” **E6***

Em sentido contrário está a participante **E7**: *“Eu também estava certa daquilo que queria fazer.”*

*“Eu tenho um filho deficiente, é quem mais adoro neste mundo. Mas não deixa de ser uma dor.” “... tivemos um encontro de mães e pais de X frágil, ... eles não sabem que eu interrompi. ... há outros pais que decidiram ir em frente com a gravidez e eu não me senti confortável.” “Temos opções diferentes. ... não era capaz de seguir em frente com a gravidez, para ter um filho com deficiência, eles fizeram essa opção.” **E7***

4.4.2.6. REGRESSO À VIDA PROFISSIONAL

Tabela 35 - Regresso à vida profissional

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|------------------------------|--|---|---|
| Regresso à vida profissional | Como decorreu o regresso à vida profissional | Regresso sem sobressaltos à vida profissional | “(...)estive uma semana em casa e depois fui logo trabalhar. Acho que foi tempo suficiente” E1 “Quando fui trabalhar foi difícil. Eu não falava com ninguém. ... não me abordavam a situação. Só me abordaram quando ... já começava a mostrar outra cara, outra abertura.” E3 |
| | | Regresso à vida profissional faseado | “Sim, tirei 30 dias de licença. Depois comecei a trabalhar, falei com a minha coordenadora e ela concordou em eu vir. Combinamos em não me subcarregar muito para ver como é que eu reagia. Comecei a reagir bem.” E3 “Ele agora está a trabalhar com a vida dele e, tem os amigos dele. Ele tem tudo lá. Eu não tenho trabalho, estou ainda de baixa. (...) não tenho os meus amigos, não tenho a minha família. Acho que esta situação é muito diferente.” E4 “O pior foi quando fui trabalhar e comecei a ser confrontada pelas pessoas acerca |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | da situação. Foi quando me contactou, andava mesmo mal.” E6 “Um período que não referi foi o de ter de voltar ao trabalho. (...) algumas não sabiam o que se passava e ainda perguntavam se não estava grávida. Pois estive, mas perdi e, não perguntavam mais coisas.” E8 |
|--|--|--|---|

4.4.2.6.1. COMO DECORREU O REGRESSO À VIDA PROFISSIONAL

Regresso sem sobressaltos à vida profissional relatados por **E1** e **E8**:

*“Estive uma semana em casa e depois fui logo trabalhar. Acho que foi tempo suficiente” **E1***

*“Um período que não referi foi o de ter de voltar ao trabalho. ... algumas não sabiam o que se passava e ainda perguntavam se não estava grávida. Pois estive, mas perdi e, não perguntavam mais coisas.” **E8***

Regresso à vida profissional com alguma apreensão e com receio para **E3**: *“Quando fui trabalhar foi difícil. Eu não falava com ninguém. ... não me abordavam a situação. Só me abordaram quando ... já começava a mostrar outra cara, outra abertura.”; “Combinamos em não me sub-carregar muito para ver como é que eu reagia. Comecei a reagir bem.” **E3***

A participante **E4** passados três meses mostra sinais de dor e desespero como já atrás foi referido. Está de baixa e sem emprego, longe de tudo e todos a viver uma solidão e um pessimismo exacerbado com uma grande carga de sofrimento emocional.

*“Ele agora está a trabalhar com a vida dele e, tem os amigos dele. Ele tem tudo lá. Eu não tenho trabalho, estou ainda de baixa. ... não tenho os meus amigos, não tenho a minha família. Acho que esta situação é muito diferente.” **E4***

4.4.2.7. RESULTADO DO EXAME AO FETO E SUAS IMPLICAÇÕES

Tabela 36 - Resultado do exame ao feto e suas implicações

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|---|---|--|--|
| Resultado do exame ao feto e suas implicações | Exame anatomo-patológico como encerrar de um processo | O encerrar de um ciclo O arquivar do processo | <p>“Agora os resultados dos exames ao feto servem também como para saber o que é que foi, o detalhe.” E1</p> <p>“Serve um pouco para arquivar todo este processo.” E1</p> <p>“Eu tinha de saber o que se passava. Tive a confirmação que a idade ajudou no desfecho desta situação. O conselho médico do geneticista ajudou-me.” E6</p> <p>“Não cheguei a ter o resultado da anatomia patológica. Julgo que para mim o resultado da amniocentese foi conclusivo.” E6</p> <p>“Fecha-se um livro para abrir um novo.” E8</p> <p>“Está solucionado, está arrumado e daqui para a frente vai correr melhor.” E8</p> <p>“O resultado da Anatomia Patológica acho que vai contribuir para arquivar na minha cabeça este caso.” E8</p> |

4.4.2.7.1. EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO COMO ENCERRAR DE UM PROCESSO

Os resultados da anatomia patológica são entregues às utentes quando são reavaliadas na primeira consulta pós interrupção em ambos os hospitais. Por vezes, o exame ainda não se encontra disponível nessa primeira consulta, havendo necessidade de uma nova reavaliação posterior. A participante **E1** ao saber o resultado histopatológico do feto refere que *“Agora os resultados dos exames ao feto servem também como para saber o que é que foi, o detalhe”, “Serve um pouco para arquivar todo este processo.”*

Questões que de algum modo nos podem parecer pouco relevantes, tem um peso para a resolução da dor e do sofrimento arrebatador. Servem como que sistemas de equilíbrio numa frágil linha. O conselho avisado de um técnico, uma segunda opinião, um resultado de um exame tem um valor insofismável.

“Eu tinha de saber o que se passava. Tive a confirmação que a idade ajudou no desfecho desta situação. O conselho médico do geneticista ajudou-me.” E6

“Não cheguei a ter o resultado da anatomia patológica. Julgo que para mim o resultado da amniocentese foi conclusivo.” E6

“Fecha-se um livro para abrir um novo.” Está solucionado, está arrumado e daqui para a frente vai correr melhor.” “O resultado da Anatomia Patológica acho que vai contribuir para arquivar na minha cabeça este caso.” E8

4.4.2.8. EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO FUTURO

Tabela 37 - Expectativas em relação ao futuro

| Categorias | Temas | Sub-categorias | Frases Significativas |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--|
| Expectativas em relação ao futuro | Fim de um ciclo início de um novo | Passado, presente e futuro | <p>“Mas não quero esconder a mim própria que o assunto está presente.” E1</p> <p>“Agora que me dói, dói. Mexe comigo.”</p> <p>“A situação não desaparece, acho que nunca vai desaparecer.” E1</p> <p>“É como um peso que sinto dentro de mim.</p> <p>“Sinto que não posso mais voltar a tentar.” E3</p> <p>“Agora que penso em engravidar ando para aqui numa ansiedade e com um medo terrível.</p> <p>Acho que engravidar vai ser terrível, pelos meus antecedentes.” E6</p> <p>“Os únicos momentos em que me sinto psicologicamente mais angustiada é o pensar que poderei de ter a voltar a passar por isto novamente.” E8</p> <p>“Tenho que ser positiva e pensar que da próxima vai correr tudo bem.” E8</p> <p>“Decerto que para a próxima vamos ser mais comidos.” E8</p> <p>“Tudo se ultrapassa na vida, nós temos de continuar a lutar.” E8</p> <p>“Não deixar que isto abale a vontade de ter um próximo, ... o meu nem foi assim tão mau.” E8</p> |

4.4.2.8.1. FIM DE UM CICLO INÍCIO DE UM NOVO

Todas as participantes por nós entrevistadas desejavam muito ser mães. O seu bebé na maioria delas já fazia parte do imaginário da família. O bebé teve uma existência apesar de não ter tido uma identidade social. O seu processo de dor, sofrimento e luto teve de ser adaptado, mas como nos relatam as entrevistadas que integram este estudo, cada uma à sua maneira o passado não se apaga, no presente recorda-se e para o futuro algumas têm projectos.

*“Mas não quero esconder a mim própria que o assunto está presente.”
“Agora que me dói, dói. Mexe comigo.” “A situação não desaparece, acho que nunca vai desaparecer.” E1*

“É como um peso que sinto dentro de mim. “Sinto que não posso mais voltar a tentar.” E3

“Agora que penso em engravidar ando para aqui numa ansiedade e com um medo terrível. Acho que engravidar vai ser terrível, pelos meus antecedentes.” E6

“Os únicos momentos em que me sinto psicologicamente mais angustiada é o pensar que poderei de ter a voltar a passar por isto novamente.” “Tenho que ser positiva e pensar que da próxima vai correr tudo bem.” “Decerto que para a próxima vamos ser mais comedidos.” “Tudo se ultrapassa na vida, nós temos de continuar a lutar.” E8

“Não deixar que isto abale a vontade de ter um próximo, ... o meu nem foi assim tão mau.” E8

E esta frase encerra um sentimento muito forte em relação à perda percebida por esta mulher e um grande querer e acreditar no futuro: *“É seguir em frente e viver a vida o melhor possível ... é que não vou esquecer nunca. Eu cheguei a ter uma filha que não cheguei a conhecer deficiente.” E7*

4.5. TRIANGULAÇÃO DOS DADOS

Na análise e discussão dos dois momentos anteriores de entrevista não utilizámos as entrevistas das memórias da interrupção da gravidez. Apresentamos mais dois pontos de vista da interrupção de gravidez observados à distância de dois anos e quatro anos respectivamente de M1 e M2.

A triangulação tem por objectivo do ponto de vista do tempo apresentar a influência que este facto acrescenta ao fenómeno como refere Fortin (1999). Pretende-se observar a interacção entre os indivíduos com o fenómeno, com o seu meio e com a evolução temporal. Aqui não importa estabelecer ligações entre os indivíduos, o mais importante é a interactividade destas participantes com a comunidade (Fortin, 1999).

Apresentamos as frases significativas de M1 e M2 que começamos por abordar.

Tabela 38 - Memória 1, frases significativas

| Memórias de M1 |
|---|
| Frases Significativas |
| <i>"A situação mais difícil foi em casa."</i> <i>"A minha gravidez foi planeada, desejada e induzida."</i> <i>"Na primeira gravidez ... fiquei a saber que era portadora de uma translocação e que poderia passá-la para os meus filhos. Passei para a primeira para a segunda não."</i> <i>"Tinha sempre a esperança que não houvesse nada. Quando soube foi um choque."</i> <i>"O período de internamento ... eu não pensava, lia compulsivamente e tentava não pensar no que estava a fazer, porque era uma decisão tomada antes e que tinha de resolver."</i> <i>"Mas foi o confronto com a realidade do dia-a-dia, o chegar a casa e realmente não tinha nada."</i> |
| <i>"Porque quando nasceu a primeira filha eu tinha um bebé para cuidar. Apesar de estar muito em baixo eu tinha um bebé para cuidar."</i> <i>"Agora tinha chegado a casa e não tinha nada."</i> <i>E ainda por cima tinha graves problemas e eu poderia ser a pessoa que mais o poderia ajudar, foi aquela que mais mal lhe fiz."</i> <i>"Sentia um grande vazio e sentia um grande sentimento de culpa."</i> <i>"Porque aquele bebé, tivesse o que tivesse, foi muito desejado e era meu."</i> <i>"Isso durante 10 meses ou 11 acompanhou-me um sentimento de culpa enorme. Eu achava</i> |

| |
|---|
| <p>que não conseguia ultrapassar e foi muito difícil. Acho que andei no limite entre a depressão profunda.”</p> <p>“Se tivesse tido acompanhamento eu não tinha tanto tempo para recuperar. Como não tive acompanhamento profissional, foi só mesmo familiar, foi mais difícil. Lá consegui, mas não foi fácil.”</p> |
| <p>“Era sofrimento, dor psíquica. Era o sofrimento pelo sentimento de culpa. É um sentimento de culpa muito profundo.”</p> <p>“E sentia, houve uma altura em que eu achava que não havia motivo para andar aqui a viver, porque tinha feito uma coisa tão grave. Andava porque as minhas filhas precisavam de mim, e porque o meu marido precisava de mim. Andava por andar mas não sentia motivação para andar.”</p> |
| <p>“O mais penoso é o de ter perdido um bebé que desejava muito. E que ainda continuo a desejar.”</p> <p>“O que mais me aflige é o risco de voltar a ter um bebé se engravidar de novo com o trissomia 21 e não conseguir superar. Porque é difícil de recuperar a sanidade mental, crítica e psicológica. É o ter de voltar decidir e a fazê-lo.”</p> |
| <p>“Nunca me senti culpada por a minha filha ter trissomia 21. Embora eu saiba que ela tem devido a mim. Nunca me senti culpada por isso.”</p> <p>“Eu era a pessoa que mais desejava que ela não tivesse.”</p> <p>“Nunca me senti culpada por este que eu interrompi a gravidez por ter trissomia 21. Eu sentia-me era culpada por não ter deixado que ela tivesse vivido.”</p> |
| <p>“Tive licença de 30 dias, mas vim trabalhar mais cedo.”</p> <p>“Vim trabalhar mais cedo, ao fim de vinte dias, porque não conseguia estar em casa, precisava de trabalhar para me distrair.”</p> <p>“E, acho que não atribuo a mim o transpor daquela barreira, eu estava ali na corda bamba entre a depressão e não depressão patológica, não atribuo a nada, foi o andar, foi o tempo. Acho que foi o tempo.”</p> <p>“Eu andava completamente desmotivada para tudo, mas andava, porque achava que a minha família precisava de mim.”</p> <p>“Até que um dia percebi que as coisas estavam a mudar. Já não me sentia assim.”</p> <p>“Não tive ajuda psicológica profissional. Só fui ajudada pela família e amigos.”</p> |
| <p>“O saber o resultado da anatomia patológica fez-me muito pior.”</p> <p>“Porque para além da trissomia 21 ele tinha uma cardiopatia, um defeito grave do septo aurículo-ventricular, nefropatia, membranas interdigitais, tinha uma data de coisa. Deixou-me muito pior.”</p> |
| <p>“Aí achei que o bebé era mais frágil e eu achava-me culpada daquilo que tinha feito. Embora isto fosse um sentimento que eu conseguisse sempre ver.”</p> <p>“Racionalmente a melhor decisão tinha sido o interromper a gravidez, para mim e para a família.”</p> <p>“Só que depois é difícil gerir as emoções.</p> <p>E as emoções sobrepõem-se nessas alturas.</p> <p>As emoções sobrepõem a racionalidade.”</p> <p>“Por isso é que durante o internamento não me permiti a emoções, só permiti o racional.”</p> <p>“Eu nunca chorei durante o internamento. Eu só chorei depois quando fiz a curetagem. Aí na curetagem quando acordei, chorei, chorei...”</p> |
| <p>“O internamento também foi muito complicado. Eu estive 8 dias internada e só depois ao 7º dia é que conseguí expulsar.</p> <p>Ao 8º dia fiz curetagem.”</p> |
| <p>“Para mim foi uma sorte tê-lo encontrado, porque foi a pessoa que mais conseguiu ajudar.”</p> <p>“Assim em termos de experiência eu sabia bem o que queria e o que devia fazer. E talvez por saber não foi difícil.”</p> <p>“A decisão já estava tomada, não me foi difícil tomá-la.”</p> <p>“A seguir é que é muito difícil viver, vivenciar.</p> <p>Acho que é importante ter acompanhamento psicológico. Acho que é muito importante. Olhando para traz acho que teria sido positivo.”</p> <p>“Para mim o internamento não foi desagradável.”</p> |

Tabela 39 - Memória 2, frases significativas

| Memórias de M2 |
|--|
| <i>Frases Significativas</i> |
| <p><i>A desumanização de algumas enfermeiras enquanto estive internada ...Uma enfermeira recusou-se a dar-me medicação anti-depressiva, que por acaso até estava prescrita ... Quando uma pessoa está numa situação destas acho que deve ser tratada de uma maneira um bocadinho diferente daquela que eu fui tratada.</i></p> <p><i>Está-se em sofrimento.</i></p> <p><i>A maneira de falar, pesou muito.</i></p> |
| <p><i>Foi no intervalo entre a notícia e o fazer a interrupção. É um pesadelo muito grande.... é uma sensação de culpa muito grande, ... não sabemos se estamos a fazer bem se estamos a fazer mal.</i></p> <p><i>Depois há um certo alívio mas não deixa de existir uma sensação de culpa e de revolta muito grande.</i></p> <p><i>“entre saber a notícia e até ao fim da expulsão do feto que é muito complicado, muito complicado, é muito mesmo. É muito doloroso, não a nível físico, mas a nível mental. Acho que é um sofrimento muito grande.</i></p> |
| <p><i>“eu nessa altura precisava era de paz e sossego, quanto menos falasse melhor. Porque mentalmente eu não me achava em condições de falar, foi uma decisão que eu tive de tomar muito rapidamente e acho que nessa altura falar não queria.</i></p> |
| <p><i>Ele disse-me que era um rapaz, mas não me deu certeza de estar tudo bem. Depois pelo relatório da Anatomia Patológica havia várias malformações, que decerto eram já visíveis na ecografia, para um médico experiente como era o caso dele.</i></p> <p><i>“eu tinha de aguardar o resultado do exame da amniocentese.</i></p> |
| <p><i>Pela interrupção estive de licença um mês. E depois estive mais quatro meses pela depressão.</i></p> <p><i>“andei entre trabalhar e recaídas e ainda agora me encontro entre o desmame de terapêuticas.</i></p> |
| <p><i>Eu fui sempre seguida pela Psiquiatria. Logo durante a notícia da malformação a médica do DPN perguntou-me logo se eu queria que ela chamasse a Psiquiatria. Eu fui logo observada e fiquei logo com encaminhamento para a consulta se eu pretendesse. E logo que achei necessário recorri à consulta, onde fui seguida.</i></p> <p><i>Fui medicada, mas o meu maior problema foi o depois quando me quis libertar da medicação, voltar à minha vida normal.</i></p> |
| <p><i>Eu andei sempre com aquela dúvida, será que o resultado da amniocentese estava mesmo 100% correcto?</i></p> <p><i>“leva um pouco a termos a certeza que não fizemos uma coisa errada. É o aliviar um pouquinho da consciência. Serve um pouco para tranquilizar.</i></p> <p><i>“se o resultado da anatomia não tivesse referido as malformações visíveis e, viesse só que era compatível com as malformações eu ainda hoje estava na dúvida. Foi um pouco o fechar de um ciclo</i></p> |
| <p><i>“Sentia dor psíquica. Sentia revolta contra tudo, contra a natureza. Tantas mulheres que não querem ter filhos e eu que queria ter tanto um segundo filho, é uma revolta muito grande.”</i></p> |
| <p><i>Eu isolei-me. Eu não queria conversar com eles. A minha melhor amiga disse-lhe, não me voltes a telefonar, respeita um bocadinho o meu sofrimento e deixa-me sofrer sozinha.</i></p> |
| <p><i>Em termos do sofrimento psíquico acho que só o tempo apaga isto.</i></p> |
| <p><i>O que aconteceu não consigo apagar. É uma coisa que não podemos controlar. A criança evoluir bem ou mal também não está nas nossas mãos.</i></p> <p><i>Ao princípio quando via uma mulher grávida ainda me constrangia, agora já é mais fácil lidar com isso. Mas claro lembra sempre é uma situação que marca sempre.</i></p> <p><i>Lembro-me bem do dia em que entrei aqui para fazer a interrupção, é uma coisa de que eu nunca mais me vou esquecer. Aquela data em Julho, acho que chegado esse dia nunca mais vai esquecer. É uma data como outra qualquer importante na nossa vida.</i></p> |

Ambas as gravidezes foram planeadas e eram muito desejadas. “A minha gravidez foi planeada, desejada e induzida.” **M1** e para M2 “Fiquei grávida quando quis, tive o meu filho quando quis e desta segunda gravidez fiquei grávida quando quis.”

Para **M1** a existência de uma translocação desde a primeira gravidez, levava-a a saber da possibilidade de transmissão desta aos seus filhos. M2 com a sua idade e com a realização de amniocentese ficou a saber da existência da trissomia, porque na ecografia tem dúvidas que o médico não tenha observado alterações. “*havia várias malformações, que decerto eram já visíveis na ecografia, para um médico experiente como era o caso dele.*”.

Verificamos que cada utente refere a vivência acerca do pior momento de forma diversa. O factor tempo tem alguma visibilidade porque permite às mulheres reflectirem acerca de qual foi o pior momento vivido ao longo desse processo de dor e sofrimento. No primeiro momento não foi abordado esse facto. Solicitámos às participantes que descrevessem o momento em que foram confrontadas com a malformação fetal. Desse primeiro momento referiram o sofrimento manifestado por emoções e sentimentos que expressavam choque, dor, angústia, tristeza, revolta, raiva, culpa entre outras.

Mais distantes já desse evento M1 e M2 referem que foi em casa a primeira e, a segunda, no intervalo entre a notícia e a interrupção médica de gravidez.

No quadro seguinte não exista o intuito de comparar, mas de apresentar a maneira como cada uma das participantes viveu esse momento.

Tabela 40 - Espaço de tempo decorrido após a interrupção da gravidez e qual o período que mais lhes custou.

| Participantes | Espaço tempo Após IMG | 2º momento da entrevista e memórias de interrupção médica de gravidez |
|---------------|-----------------------|--|
| E1 | 3 meses | <i>“Mas o que me custou mais realmente foi o início.”</i> E1 |
| E3 | 3 meses | <i>“tive de ver o que não queria, ... preferia não ter visto. De tudo, para mim, foi esta a parte mais complicada.”</i> E3 |
| E4 | 3 meses | <i>“Acho que o momento mais difícil foi quando me deram a noticia. A noticia foi horrível ... tivemos o fim-de-semana para tomar a decisão.”</i> E4 |

| | | |
|----|-----------|---|
| E6 | 6,5 meses | <i>“Mas o pior foi mesmo quando fui trabalhar, foi quando me começaram a fazer mais perguntas.”</i> E6 |
| E7 | 2 meses | <i>“O maior choque foi quando tive a notícia.”</i> E7 <i>“Foi em duas situações que me custou mais: quando tive a notícia e custou-me muito aqui no hospital na altura da interrupção.”</i> E7 |
| E8 | 2 meses | <i>“O choque inicial foi o momento de maior dor. O choque inicial, esse sem dúvida.”</i> E8 |
| M1 | 4 anos | <i>“A situação mais difícil foi em casa.”</i> |
| M2 | 2 anos | <i>“Foi no intervalo entre a notícia e o fazer a interrupção. É um pesadelo muito grande. ... é uma sensação de culpa muito grande, ... não sabemos se estamos a fazer bem se estamos a fazer mal.”</i> |

Um facto relevante é relatado por M1, no que se refere ao sentir-se mal em casa, ainda não constatado nos outros relatos. Refere **M1** que se deveu ao *“confronto com a realidade do dia-a-dia, o chegar a casa e realmente não tinha nada.”* E acrescenta que *“quando nasceu a primeira filha eu tinha um bebé para cuidar. Apesar de estar muito em baixo eu tinha um bebé para cuidar.”***M1**

Na sua chegada a casa sente culpa pelo que aconteceu, e o que mais a incomodava era o facto de nas duas vezes anteriores ter um filho para cuidar e desta vez não ter. O seu sofrimento está na perda associado a sentimentos de culpa pelo que tinha feito. Culpabiliza-se ainda mais pelo facto de como mãe, que deveria proteger o filho. Foi ela que tomou a iniciativa de interromper a gravidez. O motivo da escolha do título da dissertação “Uma mão cheia de nada”, resultou das palavras proferidas por esta participante, pela carga emocional que encerram.

*“Agora tinha chegado a casa e não tinha nada. E ainda por cima tinha graves problemas e eu poderia ser a pessoa que mais o poderia ajudar, foi aquela que mais mal lhe fiz.”***M1**

*“Sentia um grande vazio e sentia um grande sentimento de culpa.”***M1**

Termina em relação ao sentimento de culpa por relatar que: *“Porque aquele bebé, tivesse o que tivesse, foi muito desejado e era meu.”***M1**

O relato de maior sofrimento é referido na generalidade dos relatos. Para **M2** o seu sofrimento foi mais intenso durante período entre a notícia e a interrupção médica no hospital, diz que *“É um pesadelo muito grande.... é uma sensação de culpa muito grande.”* Também a culpa está presente ao não

aceitar interromper a gravidez “*não sabemos se estamos a fazer bem se estamos a fazer mal.*” Afirma ainda que o seu sofrimento foi mais a nível mental “*entre saber a notícia e até ao fim da expulsão do feto que é muito complicado, muito complicado, é muito mesmo. É muito doloroso, não a nível físico, mas a nível mental. Acho que é um sofrimento muito grande*”**M2**

Esta utente foi seguida desde o início pela Psiquiatria de ligação ao longo de todo o processo, desde a notícia da malformação, durante a interrupção médica e após a alta para o domicílio. Teve um mês de licença, como teve uma depressão continua a ser seguida. O seu regresso ao trabalho foi após quatro meses de baixa e depois ainda com bastantes recaídas. Refere que ainda não se encontra plenamente liberta da terapêutica. Refere assim que “*Pela interrupção estive de licença um mês. E depois estive mais quatro meses pela depressão.... andei entre trabalhar e recaídas e ainda agora me encontro entre o desmame de terapêuticas.*”**M2**

Não tivemos oportunidade de observar a depressão nas participantes do segundo momento, provavelmente por estarem ainda a viver a proximidade do evento. De salientar que a maioria não teve acompanhamento de psicoterapia. O acompanhamento pela Psiquiatria de Ligação foi proporcionado às participantes **E3, E4, E7 e M2**.

A utente **M1** teve um mês de licença que não cumpriu na totalidade, não recorreu a apoio da psicoterapia “*Não tive ajuda psicológica profissional. Só fui ajudada pela família e amigos*”, e hoje repara que se tivesse tido acompanhamento provavelmente teria tido benefícios “*Se tivesse tido acompanhamento eu não tinha tanto tempo para recuperar. Como não tive acompanhamento profissional, foi só mesmo familiar, foi mais difícil. Lá consegui, mas não foi fácil.*”

O seu sofrimento e a sua auto culpabilização acompanhou-a como refere, “*Isso durante 10 meses ou 11 acompanhou-me um sentimento de culpa enorme. Eu achava que não conseguia ultrapassar e foi muito difícil. Acho que andei no limite entre a depressão profunda.*”**M1**

Durante o internamento esteve numa situação de resistência como salienta Morse (2000), a pessoa reconhece o que lhe aconteceu e funciona

para sobreviver ou para ultrapassar a situação, como nos refere **M1** *“O período de internamento ... eu não pensava, lia compulsivamente e tentava não pensar no que estava a fazer, porque era uma decisão tomada antes e que tinha de resolver.”*

A partir do momento que expulsou o feto houve sofrimento emocional, principalmente após ter efectuado a curetagem uterina *“Eu nunca chorei durante o internamento. Eu só chorei depois quando fiz a curetagem. Aí na curetagem quando acordei, chorei, chorei...”* Refere que durante o internamento não extravasou as suas emoções, esteve contida, em resistência *“Por isso é que durante o internamento não me permiti a emoções, só permiti o racional.”* **M1**

A solidão na chegada a casa é patente nas duas participantes, mas o isolamento é mais marcante em **M2** que refere *“Eu isolei-me. Eu não queria conversar com eles. A minha melhor amiga disse-lhe, não me voltes a telefonar, respeita um bocadinho o meu sofrimento e deixa-me sofrer sozinha.”* Para **M1** houve a necessidade de sair mais cedo de casa para trabalhar por se sentir muito solitária e com necessidade de convívio *“Vim trabalhar mais cedo, ao fim de vinte dias, porque não conseguia estar em casa, precisava de trabalhar para me distrair.”*

Quanto há hospitalização de **M2** há queixas de falta de humanização por partes de alguns profissionais de enfermagem para com ela no atendimento e acompanhamento *“A desumanização de algumas enfermeiras enquanto estive internada”* aponta a comunicação e o consolo como factores que não foram adequados *“Quando uma pessoa está numa situação destas acho que deve ser tratada de uma maneira um bocadinho diferente daquela que eu fui tratada.... A maneira de falar, pesou muito”.* **M2**

Esta situação também é abordada pela utente **E1** e pela utente **E3**, mas nesta mais pela falta de acompanhamento no período expulsivo, em que refere que viu o que não queria, o feto.

As participantes do segundo momento que tiveram resultados da Anatomia Patológica referiram-nos opiniões similares como a da utente seguinte *“leva um pouco a termos a certeza que não fizemos uma coisa errada.*

É o aliviar um pouquinho da consciência. Serve um pouco para tranquilizar.”

M2 E acrescenta esta utente que *“se o resultado da anatomia não tivesse referido as malformações visíveis e, viesse só que era compatível com as malformações eu ainda hoje estava na dúvida. Foi um pouco o fechar de um ciclo”* **M2**. Registamos aqui uma posição diametralmente oposta a todas estas e em que para **M1** o resultado da Anatomia Patológica *“O saber o resultado da anatomia patológica fez-me muito pior. Porque para além da trissomia 21 ele tinha uma cardiopatia, um defeito grave do septo aurículo-ventricular, nefropatia, membranas interdigitais, tinha uma data de coisa. Deixou-me muito pior.”* **M1** Justifica porque é que se sentiu assim quando soube o resultado da seguinte forma *“Aí achei que o bebé era mais frágil e eu achava-me culpada daquilo que tinha feito. Embora isto fosse um sentimento que eu conseguisse sempre ver.”* **M1**

Quanto à decisão de interromper a gravidez julga que foi *“Racionalmente a melhor decisão tinha sido o interromper a gravidez, para mim e para a família.”* **M1**

Como referem a situação que viveram: para **M2** *“O que aconteceu não consigo apagar. É uma coisa que não podemos controlar.”*, já **M1** refere que *“Assim em termos de experiência eu sabia bem o que queria e o que devia fazer. E talvez por saber não foi difícil.”* *“A decisão já estava tomada, não me foi difícil tomá-la.”* *“A seguir é que é muito difícil viver, vivenciar.”*

Quanto á tomada decisão, salientam que foi consciente e autónoma, apesar do choque que a maioria refere. Mas em todas as mulheres é evidente que independentemente do tempo e dos locais onde decorreu a interrupção, foram experiências negativas de viver mas que aceitam a sua consumação, tanto no plano familiar como no pessoal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o estudo podemos considerar que o objectivo principal deste estudo foi atingido, dado que nos possibilitou conhecer as vivências das mulheres submetidas a interrupção médica da gravidez por malformações fetais. As questões de investigação enunciadas tiveram resposta no decorrer da investigação.

É um tema de difícil abordagem porque a interrupção médica da gravidez é uma questão pouco estudada na vertente da dor e do sofrimento. O sofrimento na área das ciências de enfermagem começou a ser abordado durante a última década do século passado. Os trabalhos existentes tanto nacionais como internacionais versam o sofrimento associado à doença e aos cuidados paliativos. No nosso tema existem pequenos estudos que abordam mais a perda e o luto sem versarem o tema do sofrimento e da dor.

O trabalho foi realizado devido à participação livre e voluntária das participantes, sem o qual não teria sido possível a sua persecução e aos contributos directos e indirectos de quem o investigador teve a oportunidade de poder ombrear.

Os resultados foram analisados através de análise de conteúdo das entrevistas das participantes no estudo em dois momentos distintos. O primeiro momento ocorreu ainda em ambiente hospitalar, após a interrupção médica da gravidez, antes da saída com alta para o domicílio. A primeira dificuldade encontrada, e já do conhecimento do investigador, foi a ocorrência inesperada de interrupções médicas da gravidez, podendo ocorrer várias ou nenhuma durante bastante tempo. O segundo momento já decorreu com as participantes no domicílio. De início pensou-se efectuar este segundo momento de entrevista ao fim de um mês, mas com o decorrer da investigação, verificou-se que este momento dependeria da disponibilidade delas e do modo como decorria o processo de dor, sofrimento e luto por elas vivido. Devido ao sofrimento vivido pelas participantes, houve uma que por três vezes se prontificou a participar acabando por desistir por não se sentir disponível. Outros dois casos

solicitaram para ser contactadas mais tarde para participar por não se sentirem em condições psicológicas de serem entrevistadas.

Não foi objectivo do estudo fazer generalizações ou comparar resultados, o trabalho visou apresentar as vivências das mulheres que foram submetidas a interrupção médica de gravidez por malformações fetais a partir da dor, sofrimento, perda e luto experimentados.

Planeada ou não planeada, a gravidez quando aceite é um momento de felicidade, para quem anseia ser mãe e quando o seu desejo é engravidar. É o que nos referem a totalidade das entrevistadas, para quem a gravidez era um anseio embora esperada e desejada, por vezes não estava planeada.

O revelar da gravidez no decurso do segundo trimestre de gestação a familiares e amigos foi condicionado por situações de perda anteriores.

Mesmo com a complexidade resultante da notícia de uma possível malformação fetal, as mulheres têm sempre a esperança de que a sua gravidez continue sem problemas para o seu bebé.

O luto antecipado é observado quando a mulher é colocada perante a possibilidade de uma gravidez inviável, mesmo antes de ocorrer a perda. Ainda com o feto *in útero* ela inicia um processo de luto antecipado.

Para algumas mulheres o suspense pela notícia do resultado da colheita de líquido amniótico causa ansiedade e expectativa pelo desfecho final. A espera por vezes é prolongada. Chega a ser de um mês. Os resultados normalmente ocorrem ao fim de dez dias.

A notícia da malformação provoca muita dor e sofrimento em todas as mulheres participantes no estudo. As suas reacções são expressas por emoções e sentimentos de choque, tristeza, raiva, negação e por alterações sensorio-motoras.

Os momentos de maior dificuldade sentidos pelas participantes foram na maioria das situações quando é comunicado o diagnóstico definitivo da malformação. Mas não há unanimidade nas respostas das restantes, por não haver trajectos lineares:

- Para uma das participantes a descoberta da suspeita da malformação fetal foi observado como o pior momento por si experimentado, apesar da esperança depositada, iniciou logo um processo de dor e sofrimento pela provável perda.
- O momento entre a notícia da malformação e a interrupção médica em meio hospitalar, também é referido como o pior sentido por uma participante. Por ter dúvidas pela atitude tomada, se ela estava ou não correcta.
- O ter de ver o feto quando se processa a expulsão é outro factor apontado, porque a participante não queria observar o feto. A mulher deve ser informada da possibilidade do seu filho nascer com vida e se quer ou não ver. Como pudemos verificar, uma das participantes refere o momento em que teve de ver o feto como o pior momento no decurso de todo o processo, apesar de referir também o choque sentido pela notícia da malformação.
- O regresso a casa é um factor marcante para uma das participantes, porque nas duas gravidezes anteriores quando chegou a casa tinha um filho para cuidar. Com a interrupção médica de gravidez, chegou a casa sem nada, sem nada para cuidar, sem filho para tratar.
- Outra participante refere que o pior momento foi quando foi trabalhar e foi confrontada e abordada pelas pessoas.

O acompanhamento destas mulheres por uma equipa de saúde multidisciplinar deve ser equacionada logo no início, sempre que haja suspeita de uma malformação fetal.

O papel da/o enfermeira/o especialista de saúde materna e obstétrica tem em todo este processo de ser cada vez mais equacionado, pela participação e intervenção em todo o processo de interrupção médica de gravidez. O cuidar na dor e no sofrimento é a essência do cuidar da/o enfermeira/o.

Os hospitais devem promover e apoiar a formação dos profissionais de saúde nas áreas temáticas relacionadas com a dor, o sofrimento, a perda e o

luto e de boas práticas, no acolhimento e atendimento multidisciplinar na interrupção médica da gravidez. Deverá ser equacionada a criação de um espaço de atendimento para as mulheres que experimentaram perdas de gravidez, onde houvesse a possibilidade de serem acompanhadas por pessoal com formação nestas áreas, seria desejável.

Pelo esforço renovado de juntar os elementos que as prendem à vida, a esperança, o acreditar no futuro vão ser factores determinantes para a reorganização emocional e intelectual do sofrimento e da perda sentidos. Após o impacto emocional, deve possibilitar-se que se instale a comunicação, para que haja uma relação de troca com a mulher e um espaço de diálogo, de modo que ela sinta que é compreendida.

A autonomia pela tomada de decisão passa pela mulher. Ela decide e responde pelo acto de interrupção da gravidez no seu corpo. O efeito desta vai causar desespero pela tomada de decisão. Esta é uma questão de género marcante e irrefutável no papel da mulher no controle do seu corpo.

No âmbito deste trabalho coloca-se a questão do feticídio que não está consignado na legislação portuguesa, quando ocorrem interrupções médicas tardias e são colocadas considerações éticas e legais. Deve ser referido que a liberalização do feticídio poderia colocar em marcha um processo de excepções difíceis de controlar e uma banalização do mesmo.

No caso do nascimento de um feto com vida, numa interrupção médica de gravidez a atitude a tomar pela equipa de saúde, tem de assentar no pressuposto que aquele feto não vai sobreviver. Tem de se ultrapassar uma situação que coloca problemas tanto para as mulheres como para os profissionais. A mãe decidiu interromper a gravidez, logo perder o feto, não deve ser colocada perante o dilema de ter um filho vivo, e decerto essa questão não lhe foi equacionada. Nem todas mulheres têm disponibilidade como a do nosso estudo para se deslocarem a um país onde não há inconvenientes legais para a sua prática.

O momento da interrupção médica da gravidez vai proporcionar vivências individuais, manifestadas por grande dor e sofrimento já que para algumas das intervenientes esta foi a última possibilidade que tiveram para a persecução de

voltar a engravidar. O futuro pode criar angústia e expectativa pelo desejo de querer voltar a engravidar e de novo serem acometidas por uma situação similar e terem de voltar a viver de novo esta situação.

A dor é uma manifestação referida durante o processo de interrupção da gravidez que provoca mal-estar físico e psicológico. Existe desagrado pelo modo como decorre a interrupção da gravidez. Referem as intervenientes que em pleno século XXI as mulheres não deviam sentir dor durante a interrupção da gravidez, deveria haver uma maneira de ser efectuada sem dor e desconforto.

Outra situação prende-se com o facto da mulher que está a fazer a interrupção da gravidez por malformações fetais de contactar com outras grávidas. As mulheres e familiares não deviam estar expostos no seu sofrimento perante situações de gravidez normal, onde impera alegria e felicidade, e no seu caso tristeza e sofrimento. O atendimento deverá ser efectuado em locais o mais resguardados possível e com o acompanhamento dos companheiros e família, sempre que a mulher o solicitasse.

A partir da elaboração do estudo já permitiu que fossem introduzidas melhorias no atendimento e acolhimento das mulheres submetidas a interrupção de gravidez num dos hospitais. As utentes que decidiram efectuar a interrupção médica da gravidez passam pelo serviço de internamento para contactarem com os profissionais do serviço e serem esclarecidas acerca do local onde decorrer vai todo o processo. Neste momento está a ser elaborado um protocolo mais abrangente de acolhimento, acompanhamento e encaminhamento destas, com articulação multidisciplinar.

No momento em que estamos a realizar o relatório final de investigação soubemos que uma das participantes do nosso estudo já foi mãe e, outras duas, estão a entrar no terceiro trimestre de gravidez, sem problemas com os bebés.

Há janelas com que nos deparamos, uma das quais é o sofrimento. Outras em que a luz que nos bafeja é a esperança. É neste devir que o ser humano caminha, para ele não há tristeza, dor, sofrimento, angústia. Todavia

quando existe ele vive-os no seu *eu*, e assim é diferente, a dor e o sofrimento do outro, não é por vezes aquilo que afinal julgamos ser.

6. BIBLIOGRAFIA

Almeida, A.N. (2005). O que as famílias fazem à escola... pistas para um debate. *Análise Social*. Vol. XL (176): 579-593.

Baluja-Conde, I.B. et al (2005). Biochemical serum markers for Down syndrome screening. Em *Rev Biomed* 2005; 16: 259-271. Recuperado em 2007, Outubro 18, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2005/bio054f.pdf>

Barus-Michel J. & Camps C. (2001/2003). Sofrimento e perda de sentido: considerações psicosociais e clínicas. Em *PSIC – Revista de Psicologia da Vector Editora*. Vol. 4. Nº1:54-71. (Trabalho original em Francês publicado em 2001). Recuperado em 2008, Janeiro 05. De <http://pepsic.org.br/pdf/psic/v4n1/v4n1a07.pdf>.

Bardin, L. (1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70.

Bennet, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa. Climepsi Editors Editores. (Trabalho original em Inglês publicado em 2000).

BobaK, I et al. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª ed., Loures. Lusociência.

Brazelton, T. (!992). *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa. Terramar. (Trabalho original em Inglês publicado 1992).

Brazelton, T., & Camer, B. (1989). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa. Terramar (Trabalho original em Inglês publicado em 1989).

Cabral, I.C. (2005). Infertilidade – Morte luto na gravidez e puerpério. Em Leal, I. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa. Fim de Século: 151-174

Campos, D.A., & Montenegro, N. (coord.). (2005). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa. Lidel.

Carmo, H., & Ferreira, M. (1998) *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta

Chaves, A. (2006). *Curvas de normalidade ultra-sonográficas: contribuição no diagnóstico de cromossomopatias em gestações de 11 e 14 semanas*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina.

Clayton, B.D., & Stock, Y.N. (2002). *Fundamentos de Farmacologia*. Loures. Lusociência.

Coop, L.A., (2006). Pain and suffering: responsiveness, progress and perseverance. Em *Journal of Advanced Nursing* 55 (1), 3–4.

Coniam, S., & Diamond, A. (2001). *Controlo da dor*. Lisboa: Climepsi Editors Editores.

Corney, R. (coord.) (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. (2ª ed.). Lisboa. Climepsi Editors. (Trabalho original em Inglês publicado em 1991).

Costa, L.L. et all (2006). Interrupção da gravidez por anormalidade fetal incompatível com a vida: vivências de mulheres brasileiras. Em *Questões de saúde reprodutiva*. I(1): 92-100.

Costa, R. (2004). *Demografia e população, os novos desafios*. Comunicação apresentada no II Congresso Português de Demografia, Lisboa. Recuperado em 2006, Novembro 18, de http://www.apdemografia.pt/pdf_congresso/2_Rosalina_Costa.pdf

Cunha, V. (2004). A fecundidade das famílias portuguesas. Em Wall, K. (coord.). *Famílias no Portugal contemporâneo*. Lisboa. Imprensa de Ciências Sociais: 395-464.

Dessen, M.. & Silva, N., (2002) Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. Em *Interação e Psicologia*. 2002, 6, (2), 167-176. Recuperado em 2006. Junho 20. de <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3304/2648>

Dias, C.S. (2005), *Do stress e ansiedade às emoções no desporto - da importância da sua compreensão à necessidade da sua gestão*. Braga. Universidade do Minho - Instituto da Educação e Psicologia. Dissertação de Doutoramento para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia do Desporto.

Dias, F.N. (2007). *O medo social e os vigilantes da ordem emocional*. Lisboa. Instituto Piaget

Diciopédia. (2004). *DVD-ROM*. Porto. Porto Editora.

Doctorsforpain. (2007). *Suffering definition*. Capturado em 2007, Março 30, de www.doctorspain.com/patient/terminology.html

Fleming, M. (2003) *Dor sem nome – pensar o sofrimento*. Porto. Edições Afrontamento.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação qualitativa*. Lisboa. Monitor. (Trabalho original em Inglês publicado em 2002).

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures. Lusociência. (Trabalho original em Francês publicado em 1996).

Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra. Quarteto Editora.

Gameiro, M. (2006). O sofrimento na doença: apresentação de um modelo facilitador do <pensar o sofrimento> e da organização das intervenções de alívio. Em *Arte(s) de cuidar, ciclo de colóquios – Cultura e doença mental, O*

poder do outro e Dor e sofrimento -. Silva, M.H. (org.) et al. Lisboa. Lusociência. 135-154.

Georges, J.M. (2002). Suffering: Toward a contextual praxis. Em *Advances in Nursig Science*. 25(1): 79-86.

Goleman, D, (1996). *Inteligência emocional*. Lisboa. Círculo de Leitores. (Trabalho original em Inglês publicado em 1995).

Gomez, R. (2005). O pai. Paternidade em transição. Em Leal, I. . *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa. Fim de Século p. 257-286

Guideline em Medicina Materno Fetal. (S.d.). *Prevenção dos defeitos congénitos*. Recuperado em 2007, Outubro 27, de www.sbrh.med.br/guidelines/guideline_de_med...

Ghiglione R. & Matalon B. (1993) *O inquérito – Teoria e prática* -. Oeiras. Celta.

Hospital de Santa Maria. (2007). *História do serviço de Genética do HSM*. Recuperado em 2007, Abril 28, de <http://www.hsm.min-saude.pt/>

Houaiss et al. (2002). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Lisboa. Círculo de Leitores.

Houaiss et al. (2007). *Dicionário Houaiss Sinónimos e Antónimos*. Lisboa. Círculo de Leitores.

IASP (1994). Pain terminology. Em *Classification of Chronic Pain, Second Edition*. IASP taske force on taxonomy, eited by H. Merskey and N. Bogduk, IAS Press, Seatle 1994. 209-214. Recuperado em 2007, Março 30 <http://www.iasp-pain.org/AM/Template>.

IGMPORTO/CHVNGAIA, (2004). *Relatório de actividades em 2004*. Vila Nova de Gaia. Relatório do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Instituto de Genética Médica Dr Jacinto Magalhães

Iles, S. (1989). The loss of early pregnancy in *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, Dec: 3(4): 769-90

INE (2007). Dados estatísticos da população portuguesa, Recuperado em 2007, Outubro 31, de <http://www.ine.pt> (Última actualização 07MAI01).

Khan, D.L., & Steeves R.H., (1986). The experience of suffering: conceptual Clarification and theoretical definition. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 11: 6 623-31. Recuperado em 2007, Outubro 18 de <http://www.blackwell-synergy.com/toc/jan/11/6> pdf em B-on

Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Éditions Métailié.

Le Breton, D. (2003). *Adeus ao corpo – Antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus . (Trabalho original em Francês publicado em 1999).

Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2003: 19:40-3.

Leal, I. (coord.). (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa. Fim de Século.

Leal, I., & Pereira A.. (2005). Infertilidade – Algumas considerações sobre causas e consequências. Em Leal, I. . *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa. Fim de Século : 151-174

Loureiro, J.C. (1997). Tomemos a sério os direitos do embrião e do feto. Em *Cadernos de Bioética*, Nº 14. Abril/Julho de 1997 : 3-64.

Manual Merck, (2007.). *Influência da idade da mãe sobre as probabilidades de ter um filho com anomalias cromossómicas*. Recuperado em 2007, Outubro 30, de <http://www.manualmerck.net/>

Melo, H.P. & Nunes, R. (2000). Nota sobre a interrupção de gravidez. Em *Cadernos de Bioética*. Nº 23. Agosto 2000: 71-88.

Miliez, J. (2002). *A eutanásia do feto*. Porto: Âmbar. (Trabalho original em Francês publicado em 1999).

Ministério da Saúde (s.d.) *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa.

Morse, J.M. (2000). Responding to the cues of suffering. Em *Health Care for Women International*, 21: 1-9.

Morse, J.M. (2001). Toward a praxis theory of suffering. Em *Advances in Nursig Science*. 24 (1): 47-59.

Nicolaides, K. & DeFigueiredo, D. (2004). *O exame ultra-sonográfico entre as 11-13 semanas*. Londres. Fetal Medicine Foundation. Recuperado em 2007, Outubro 22, de http://www.medicina-fetal.net/FMF_portuguese.pdf

Nunes, L. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: do comentário à análise de casos* Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

OCDE, (2004), *Babies and Bosses – Políticas de conciliação da actividade profissional e da vida família*. Vol 3. Lisboa: DGEEP

Oliveira, G. (2005). *Temas de Direito da Medicina*. (2ª ed.) Coimbra. Coimbra Editora.

Oreopoulos, L. (2001). The maening of suffering, Em *Humane medicine Healt care*, Vol, 1 Nº 2 (2001). Recuperado em 2007, Março 30, de http://www.humanehealthcare.com/Article.asp?art_id=128

Parkes, C. M. (1998). *O luto, Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo. Summus Editorial. (Trabalho original em Inglês publicado em 1996).

Paulo, J. (2006). *As vivências da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo*. Lisboa. Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Perrotte, F. et all (2000). Interruption médicale de grossesse pour anomalie foetale: le point de vue des patients. Em *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 29. p. 185-191.

Pesini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Em *Rev Bioética*. Vol 10. Nº 2: 51-72. Recuperado em 2007, Novembro 20. De <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio10v2/simposio1.pdf>

Pinto, J. W. (2002). Diagnóstico Pré-Natal. Em *Ciência & Saúde Colectiva*. 7(1)139-157. Recuperado em 2006, Outubro 20, de <http://www.scielo.org/scielo>.

Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre : Artes Médicas. (Trabalho original em Inglês publicado em 1995).

Portocarrero, M.L. (2001). Corpo-próprio, sofrimento, memória. Em Dupuis, M. et al. *Dor e Sofrimento uma perspectiva interdisciplinar.*, Porto: Campo das Letras, Editores. 211-234.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, J.L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto. Legis Editora/Livpsic

Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da Saúde*. Lisboa. Climepsi Editors.

Rodini, E., & Souza, A. (s.d.). *Síndrome de Down, características e etiologia*. Recuperado em 2006, Outubro 30, de <http://www.cerebromente.org.br>

Rodrigues, V. M. (s.d.). *O adiamento do desejo de paternidade e doenças sexualmente transmissíveis*. Comunicação apresentada no Congresso Português de Demografia, Lisboa. Recuperado em 2007, Outubro 15, de http://www.apdemografia.pt/pdf_congresso/2_Victor_Rodrigues.pdf

Rolim, L., & Canavarro, M. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. in Canavarro, M. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. 255-296.

Schwob, M. (1997). *A dor*. Lisboa. Instituto Piaget.

Seeley, R.R., & Stephens, T.D., Tate, P. (1997). *Anatomia e Fisiologia*. Lisboa. Lusodidacta. (Trabalho original em Inglês publicado em 1995).

Segalen, M. (1996). *Sociologia da família*. Lisboa. Terramar

Silva, J.R. (1995). A ética da dor. Em Rico, T., Barbosa, A., (Ed). *A dor: do neurónio à pessoa*. Lisboa. Permaneyer. 279-281.

Soares, M. L., (2001). Medicina e linguagem. Em Dupuis, M. et al. *Dor e Sofrimento uma perspectiva interdisciplinar.*, Porto: Campo das Letras, Editores. 211-234.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures: Lusociência

Tavares, J. (2001). A lesão que dá dor e a dor sem lesão. Em Dupuis, M. et al. *Dor e Sofrimento uma perspectiva interdisciplinar.*, Porto: Campo das Letras, Editores. 277-284.

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. Em Silva. A. e Pinto, J. *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto. Edições Afrontamento. 101-128

Wall, P. (2002). *Dor a ciência do sofrimento*. Porto. Âmbar.

Worden, J. (1998). *Terapia do Luto. Um manual para o profissional de saúde mental*. (2ª ed.). Porto Alegre. Artes Médicas.

Zagalo-Cardoso, J.A. (2001). Doenças genéticas: impacto psicológico e representações sociais. Em Canavarro, M. C. (Cord.) *Psicologia da Gravidez e da maternidade*. Coimbra. Quarteto. 211-235.

Legislação

Decreto-Lei 70/2000, de 4 de Maio. Sobre a protecção da maternidade e da paternidade.

Despacho nº 5411/97 (2ª série), de 6 de Agosto. Estrutura o sector do Diagnóstico Pré-Natal.

Despacho nº 10325/99 (2ª série), de 25 de Maio. Orientações reguladoras dos Centros de Diagnóstico Pré-Natal.

Despacho nº 18335/2000 (2ª série), de 9 de Setembro. Actualização do equipamento das unidades de ecografia.

Lei 6/84, de 11 de Maio. Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez.

Lei 90/97, de 30 de Julho. Altera os prazos de exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.

Lei 16/2007, de 17 de Abril. Exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.

Portaria 741-A/2007, de 21 de Junho. Estabelece as medidas a adoptar nos estabelecimentos de saúde com vista à realização da IVG.

Pareceres e Posições

28/CNECV/99 (1999). Posição do CNECV sobre o procedimento a adoptar em caso de fetos vivos resultantes de abortamento. Lisboa, 1999, Outubro 12. Recuperado em 2007, Outubro 31. Em <http://www.cnecv.gov.pt./cnecv/pt/Pareceres/>

ANEXOS

ANEXO – A

CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta entrevista destina-se a elaborar um estudo sobre a temática “Vivências da mulher submetida a interrupção médica de gravidez por malformações fetais” no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, a ser entregue na Universidade Aberta.

As entrevistas serão gravadas e destinam-se exclusivamente a este estudo.

Mais se informa que será garantido o anonimato e confidencialidade dos entrevistados.

Agradecemos desde já a sua colaboração

António Fatia

Declaro que me foram devidamente explicados o significado e o alcance desta autorização.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____